Rok XXXIII. Kraków 24. Marca 1894 r. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Podał

Dr. M. Cercha,

były I-szy asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Skutek podania tych leków był niewielki; macica podczas całej operacyi pozostała w stanie skurczu. W narkozie więc, w obecności prof. Madurowicza, za jego zezwoleniem i korzystając z jego rad, przystąpiłem naprzód do odprowadzenia guza. Wszedłszy ręką prawą do pochwy a drugą umieściwszy na dnie macicy, lekko starałem się guz z tylnego sklepienia wysunąć, zaczynając od zatoki krzyżowo-biodrowej prawej. Ten zabieg poszedł dosyć łatwo; wnet też guz znalazł się ponad wzgórkiem kości krzyżowej a dno macicy wystąpiło więcej ku przodowi, część pochwowa zaś a raczej ujście zewnętrzne, przed zabiegiem więcej do spojenia łonowego zbliżone, teraz znajdowało się w osi miednicy. Zmieniły się też teraz stosunki i przy badaniu przez powłoki brzuszne, albowiem guzek, znajdujący się po stronie prawej poniżej pępka, skrył się więcej ku okolicy lędźwiowej prawej; snać macica musiała być również koło długiej swej osi nieco skręcona. Teraz nie bez trudności udało mi się na nóżkę lewą, będącą w ujściu zewnętrznem mało rozwartem, założyć pętlę obrotową, po czem ułożywszy rodzącą na łóżku poprzecznem, gdy już na dłuższe wyczekiwanie stan matki nie pozwalał a i na siły natury wobec tężca macicy liczyć nie mogłem, przystąpiłem do dalszego rozwiązania rodzącej.

Po kilku pociągnieniach, przy czem nie dostrzegłem, aby brzegi ujścia zewnętrznego były bardzo napięte, zdołałem płód, na którego skórze widoczne były znaki rozpoczynającego się gnicia, urodzić po łopatki, po czem nastąpiło uwolnienie rączek, które było trudniejsze, niż zazwyczaj a to z przyczyny, że rączki były ku górze wyprostowane, co zwłaszcza wobec ścieśnienia miednicy kostnej czyni uwolnienie rączek trudnem. Gdy następnie wytoczenie główki tak sposobem Smeliego jak również Kiwischa okazało się bezskutecznem a z obawy, aby nie sprowadzić pęknięcia napiętych brzegów ujścia zewnętrznego, większej siły użyć nie chciałem, wbiłem nożyce Negelego w czaszkę na ostatek idącą po nad pierwszy krąg szyjny, wypłukałem mózg i następnie wytoczyłem główkę, zakładając kranioklast Brauna. Że zabieg ten był na miejscu a obawy moje co do pęknięcia szyi uzasadnione, to trudne wydobycie główki pomniejszonej kranioklastem i płytkie pęknięcie szyi po stronie lewej, o czem mogłem się przekonać przy ręcznem wydobyciu łożyska, zdaje się, że najlepiej za tem przemawia. Po ukończeniu operacyi macica dobrze się skurczyła, ale zawsze dno jej sięgało wyżej, niż po porodach zwykłych, co przypisać należy obecności włókniaków. Krwotoku nie było żadnego. Macicę i pochwę wystrzykano dokładnie $3^0/_0$ kw. karbolowym. Lekkie pęknięcie pochwy po stronie prawej zeszyto szwem katgutowym. Położnicy podano lawatywę z dwóch gramów wyciągu sporyszu, do pochwy założono seton z gazy jodoformowej, na brzuch dano okład wysychający. Płód płci męzkiej tak co do długości (50 cm.), jak i co do wagi ciała 3120) odpowiadał płodowi donoszonemu.

Przebieg połogu był następujący:

Pierwszy dzień połogu 25. Marca. Zaraz po operacyi położnica śpi przez kilka godzin dosyć spokojnie.

Ciepłota ciała 37·⁰, tętno drobne 120. Nudności i wymioty. Wieczorem skarży się na osłabienie. Ciepłota 37·0, tętno 124. Podano wino i *aq. laurocerasor.*

26. Marca drugi dzień połogu. Rano ciepłota 37·0, tętno 104 pełniejsze. Chora w nocy spała snem przerywanym, skarży się na czkawkę, wymiotów nie było. Przy oglądaniu brzucha widać wzdęcie a macica i okolica lędźwiowa lewa przy obmacywaniu są bolesne. Wieczorem ciepłota 37·5, tętno 134, bardzo nikłe. Polecono wino stare,

ciepłe napoje w miernej ilości i założono do kiszki stolcowej czopek opiowy (*Extr. opii aquos 0·03*).

27. Marca trzeci dzień połogu. W nocy chora nie spała z powodu czkawki i wymiotów; wzdęcie brzucha i bolesność utrzymują się w równym stopniu. Ponieważ chora sama twierdzi, że przed porodem nie był należycie przewód pokarmowy oczyszczony, przeto podano jej olejek rącznikowy, który jednak zwymiotowała, dlatego podano w $1^1/_2$ godziny lawatywę a gdy ta skutku nie odniosła, postanowiono zastósować wlewania wody do jelit. Kiedy wprowadziłem palec do odbytnicy, aby po nim wsunąć rurę kauczukową, przekonałem się, że guz znowu obsunął się do miednicy małej i ucisnął kiszkę grubą. Dotykanie guza a tembardziej próba, aby guz wysunąć, okazały się tak bolesne, że znowu podano położnicy nieco chloroformu, po czem rurę obok guza udało się przesunąć wysoko. Po zastósowaniu wlewań odeszło nieco zbitych mas kałowych i dużo wiatrów, w następstwie czego wzdęcie brzucha nieco się zmniejszyło.

Ciepłota rano 37·8, tętno 128, wieczorem ciepłota 37·0, tętno 116. Wieczorem posmarowano brzuch kolodyonem.

28. Marca, czwarty dzień połogu. Rano ciepłota 38·0, tętno 120. W nocy i nad ranem wymioty i czkawka. Podano 2 proszki kalomelu co 2 godziny po 0·5 bez skutku. Chora skarży się na bóle mocne dołem i w krzyżach. Podano okłady lodowe. Bóle po tem nieco zmniejszyły się. Po południu powtórzyły się wymioty, w wymiotach domieszka żółci; podano rozczyn kokainy. Wieczorem ciepłota 36·9, tętno 128. Język wilgotny, badanie moczu wykazuje dosyć dużą ilość białka. Ponieważ chora skarży się na wzdęcie i przelewania w jelitach a kalomel nie zrobił skutku, powtórzono wlewania wody do jelit, poczem odeszło nieco stolca i wiatrów.

29. Marca, piąty dzień połogu. Ciepłota 37·0, tętno 124. W nocy chora spała dosyć dobrze, wymiotów nie było. Rano po każdem przyjęciu płynów czkawka i wymioty. Wiatry nie odchodzą, wzdęcie brzucha jednak nieco mniejsze, co widać po pomarszczeniu się kolodyonu. Przy obmacywaniu brzuch w okolicy lędźwiowej tam, gdzie jest guz, najwięcej jest bolesny. Odchody, tak dziś, jak i dni poprzednich nieobfite, ale nie cuchnące. Około godziny 4-tej po południu stolec dosyć obfity i odeszło dużo wiatrów. Ciepłota wieczorem 36·9, tętno 128.

30. Marca, szósty dzień połogu. Ciepłota 38·0, tętno przepuszczające 164. W nocy chora była niespokojna, skarżyła się na bóle w dolnej części brzucha; przez noc podano 2 razy czopek (*0·03 extr. opii*) t. j. jeden wieczór, drugi nad ranem. Wzdęcie znacznie większe, wargi spieczone, język zasycha, rysy zaostrzone, wymiotów nie ma. Około południa chora skarży się na mdłości, jest nieprzytomna, zrywa się, tętno bardzo szybkie nie daje się zliczyć, podano szampan *cum ol. cinnamomi*, kamforę, eter. O godzinie 2-giej po południu wśród objawów zapadu śmierć.

Rozpoznanie kliniczne na karcie sekcyjnej brzmiało:

Partus, primipara — fibromata multiplicia subserosa uteri, incarceratio fibromatis in cavo Douglasi, inde pelvis absolute angusta, tetanus uteri. Repositio fibromatis in narcosi. Extractio foetus mortui. Craniotomia. Extractio manualis placentae. Peritonitis.

Sekcya wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym prof. Browicza wykazała co następuje:

Peritonitis fibrinosa universalis. Haemorrhagia in cavum peritonei nec non subperitonealis e ruptis adhaesionibus in cavo Douglasi inter tumorem et parietem posteriorem uteri; degeneratio fibrosa ovarii dextri, perioophoritis adhaesiva dextra. Endometritis puerperalis purulenta, metrophlebitis. Fibromyomata multiplicia subserosa uteri.

Jeżeli porównamy rozpoznanie kliniczne za życia z rozpoznaniem na stole sekcyjnym, to one nie wiele rożnią się od siebie. Nie rozpoznaliśmy wprawdzie krwotoku do jamy brzusznej z przedartych zrostów pomiędzy guzem a macicą, krwotoku, który stał się bezpośrednią przyczyną zejścia niepomyślnego, bośmy nie mieli do tego żadnych podstaw. Wszak rozpoznając zapalenie otrzewny ogólne, mieliśmy łatwy sposób wytłómaczenia szybkiego i nikłego tętna; tem bardziej w obec częstych wymiotów mogliśmy zapad, który nie wystąpił nagle, tłómaczyć równie dobrze zapaleniem otrzewny, której zwykł towarzyszyć. Prawda, że gdybyśmy mogli rozpoznać zrosty, to myśl, że mogły uledz przerwaniu, musiałaby nam nasunąć się mimowoli, ale w obec łatwości, z jaką guz dał się odprowadzić, nie mogliśmy się tego spodziewać; dalej okoliczność, że ciąża nie została przerwana, lecz, że mieliśmy do czynienia z porodem na czasie, nie przemawia za, lecz przeciw obecności zrostów. Nie rozpoznaliśmy dalej zmian chronicznych w jajniku i około jajnika prawego; tego przecież za błąd poczytać nie można zwłaszcza, gdy ani wywiady, ani przebieg ciąży niczem nie zamącony nie dawały nam w tym względzie żadnych wskazówek. Rozpoznanie zmian włóknistych w okolicy macicy podczas ciąży należy do największych trudności, możemy się tylko z pewnych objawów ich obecności domyślać n. p. z bolesności na ograniczonem miejscu przy obmacywaniu, z bolów stale w jednem miejscu podczas ciąży występujących a powiększających się przy zmianie pozycyi ciężarnej osoby, ze zmiany w położeniu macicy; na pewne zaś rozpoznać możemy wtedy i to w pierwszych miesiącach ciąży, gdy wybadamy najczęściej w zatoce Douglasa napinające się nitki. O zmianach w błonie śluzowej macicy i o ropie w żyłach nie napisaliśmy wyraźnie w rozpoznaniu, bo rozumie się samo przez się, że zapalenie otrzewny powstało w następstwie zakażenia jadem gnilnym, który z błony śluzowej macicy drogą naczyń tamże wtargnął, a przecież przed ukończeniem porodu mówiliśmy o rozkładzie gnilnym i na błonie śluzowej macicy i na płodzie, za czem odchody cuchnące dostatecznie zdawały się przemawiać. Tym sposobem uporalibyśmy się z rozpoznaniem. Do czego mieliśmy podstawę, tośmy rozpoznali; o domysłach zaś, jakie w każdym przypadku mogą się nasunąć, woleliśmy zamilczeć. A teraz zapytać się godzi, dlaczego nasz przypadek zaliczyć musimy do niezwykłych.

Naprzód widzimy, że u tej kobiety istniały włókniaki od dawna, nie wywołując prawie żadnych objawów. Że nie było krwotoków, to nic dziwnego, bo to przecież cecha włókniaków miąższowych a szczególnie podśluzowych, ale osoba ta na zapytania co do objawów uciskowych stanowczo twierdziła, że nigdy żadnych zboczeń nie miała. A ciąża jakże przebiegała? Wszak włókniaki są przyczyną częstych poronień z przyczyny, że macica swobodnie nie może się rozwijać; w naszym zaś przypadku ciąża dobiegła bez powikłań do kresu, mimo zrostów tak rozległych między guzem a macicą i sąsiednimi organami, mimo zmiany włóknistej w jajniku i około jajnika prawego. Snać te zrosty podczas ciąży ulegały rozpulchnieniu i nie przeszkadzały macicy w rozwoju, albo też powstały one dopiero podczas ciąży; obecność bowiem nowotworów w jamie brzusznej usposabia zawsze do powstawania zadrażnienia otrzewny, a cóż dopiero podczas ciąży w obec tak znacznego przekrwienia części rodnych! Co się tyczy porodu, to przebieg jest o tyle ciekawy, że mimo takiego niestósunku porodowego, mimo wczesnego odpływu wód płodowych, przecież nie mieliśmy nawet

w chwili rozwiązania znacznego rozszerzenia i zcieńczenia szyi macicy, jak to bywa w podobnych przypadkach, po czem łatwo nastaje pęknięcie macicy. Zdaje się, że ów tężec macicy, podczas którego macica we wszystkich swych częściach jednostajnie jest skurczona, przez co znika współzawodnictwo między górnym kurczącym się a dolnym odcinkiem macicy, który ulega znacznemu rozdęciu, zapobiegł temu, a dalej i to, że do porodu nie stawiała się część twarda, jaką jest główka, lecz że pośladki a względnie nóżki przodujące nie mogły tak znacznie rozszerzyć szyi. I to jest bardzo dziwne, że mimo opieki lekarskiej poród przedstawił nam się tak zaniedbanym. W połogu ani zapalenie posokowate wnętrza macicy, ani ropa w naczyniach, ani wreszcie zapalenie otrzewny, w obec tak zaniedbanego porodu, nie były dla nas niespodzianką; było nią natomiast owe krwawienie do jamy brzusznej powoli powstające z rozdartych zrostów, które znaleziono przy sekcyi a które miało położyć kres życiu matki. Z przypadku tego, który zdaniem mojem wypada z czystem sumieniem nazwać zaniedbanym, nabraliśmy tego przekonania, że należy o zrostach takich pamiętać, że w razie, gdyby je można rozpoznać a płód żyje, lepiej byłoby może przystąpić do rozwiązania drogą sztuczną i połączyć z niem radykalne usunięcie włókniaków, a jeżeli już zmuszeni okolicznością rozwiązać musimy rodzącą w sposób wyżej podany, to należy pilnie śledzić, czy nie ma objawów wewnętrznego krwotoku; skoro go zaś rozpoznamy, przystąpić do otwarcia jamy brzusznej i odpowiedniego leczenia, którem matkę moglibyśmy od śmierci uratować.

II. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał

Prof. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

---

2) Czy resekcyi, czy gastroenterostomii, czy sposobowi Heineke-Mikulicza należy dać pierwszeństwo przy operacyi wrzodu żołądka?

To pytanie nie da się zasadniczo rozstrzygnąć, zależy to bowiem od właściwości przypadku. Jestem za wycięciem, jeżeli na to pozwalają dogodne stósunki, t. j. jeżeli nie ma rozległych zrostów a siły pacyenta są dobre. W tych okolicznościach nie uważam wcale, aby wycięcie przez wprawnego operatora miało być o wiele niebezpieczniejsze od gastroenterostomii, co zresztą potwierdza dotychczasowe doświadczenie. Wycięcie ma jednakowoż tę wielką korzyść, że usuwa otwarty wrzód, samo źródło cierpienia. W obec tego damy pierwszeństwo wycięciu w tych przypadkach, w których zwężający światło wrzód dawał powód do częstych krwotoków. Właśnie wycinając wrzód żołądkowy u jednego z pacyentów, widzieliśmy na dnie wrzodu naczynie o przekroju dość znacznym, zatkane skrzepem. Pozostawić mu to ognisko cierpienia, znaczyłoby narazić chorego na niebezpieczeństwo ponownych krwotoków. W innym znowu przypadku wrzód żołądka był zlepiony z pętlą jelita cienkiego; po oddzieleniu od jelita pokazał się otwór w ścianie żołądka. I tu nie było innego wyboru, jak tylko wycięcie. Przeto są przypadki, w których nie pozostaje nic innego do wyboru, jak tylko resekcya. Nie mogło się więc sprawdzić zdanie referenta (*w Centralblatt für Chir.*) o mojej pierwszej resekcyi żołądka, że będzie zarazem i ostatnią, bo już na najbliższym kongresie chirurgów niemieckich bronił w gorących słowach Billroth wskazania do tej operacyi, powołując się przy tej sposobności na zdanie jednego z największych znawców chorób żołądkowych Leubego (kon. chirurgów niem. z r. 1882). Co do sposobu Loreta nie mam żadnego doświadczenia.

3) Nad samą techniką operacyjną nie będę się długo rozwodził. Dokładny przepis podałem równocześnie z opisaniem swego pierwszego przypadku w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* Tom 24; wkrótce potem pomieściłem go, nieco zmieniony, w wykładach klinicznych Volkmanna. I jako taki zyskiwał coraz szersze uznanie. Z początku były pewne sporne punkta. Billroth n. p. radził prowadzić cięcie skóre skośnie przez największą wypukłość guza. Później, o ile mi wiadomo, sam przeszedł do cięcia w linii białej, zachęcony przykładem Czernego. Tego samego cięcia użył Pean w swojej pierwszej resekcyi żołądka. Również co do cięcia na żołądku niema istotnej różnicy między cięciem mojem a Billrotha; nie zmienia to wcale rzeczy, czy poprowadzę cięcie skośnie, jak Billroth radzi, czy pod kątem, jak ja polecałem. W pierwszym i drugim razie przyszywa się dwunastnicę do zagięcia większego (*curvatura major*). Tu muszę sprostować błędne mniemanie, które przeszło do rozmaitych podręczników (Koenig, Esmard, Jalaguier w dziele Duplaya i Reclusa i t. d.), jakobym, według tego zdania, polecał przyszycie dwunastnicy do zagięcia mniejszego. Rzeczywiście tak postąpiłem w pierwszym przypadku, jak i Billroth zrobił w swoim. Ale już dnia 5. Marca 1881. zmieniłem postępowanie i przyszyłem do zagięcia większego, i to ogłosiłem 8. Kwietnia 1881. w *Langenbecks Archiv* Tom 26. Tymczasem Billroth wykonał w ten sposób 12. Marca 1881. a ogłosił z początkiem Maja tegoż roku. Założenie uciskadeł na żołądku bardzo ułatwia operacyę; wprawny asystent może z równą dokładnością je zastąpić. Na dwunastnicy zaś tak mało jest czasem miejsca, że nie tylko palce asystenta, ale nie pomieszczą się nawet uciskadła. W takich razach radzę użyć sposobu przezemnie wprowadzonego i nieraz stósowanego, o którym Koenig wyraża się z uznaniem: przeprowadza się dwie pętle nitek, jedną przez górną ścianę dwunastnicy, drugą przez przyczepienie sieci i przez naciąganie pętli w przeciwnych kierunkach i ku górze, napnie się i zamknie dwunastnicę zupełnie dobrze. Ciśnienie w dwunastnicy jest tak małem, że ten sposób do zamknięcia zupełnie wystarczy. W dalszem postępowaniu polecenia godną jest rada Billrotha, której teraz się trzymam. Billroth nie oddziela guza od dwunastnicy wcześniej, zanim nie zmniejszy stósownie światła żołądka, lecz odkłada guz wraz z dwunastnicą na zewnątrz, czem zapobiega najlepiej, aby nie wypływała treść z dwunastnicy do jamy brzusznej podczas zakładania na żołądku szwu zwężającego. Największe zasługi położył Czerny podaniem swego szwu, który tu zwłaszcza tak znakomite oddaje usługi, również i Wölflerowi należy się uznanie, że wskazał, jak się zakłada szew na tylnej ścianie od wnętrza. Pean już przedtem użył tego sposobu w swoim pierwszym przypadku, ale dopiero Wölfler opisał go dokładniej. Szew na błonie śluzowej, przez

siebie wprowadzony, zakładam zupełnie wolno i szeroko, na to tylko, aby zapobiedz rozchodzeniu się błony śluzowej przy przechodzeniu pokarmów w pierwszych czasach. Szew kuśnierski naprzód przez Nussbauma wprowadzony, potem gorąco przezemnie zalecony, zdaje się, że coraz więcej znajduje uznania, jak o tem świadczy ostatnia praca Kochera, w której tenże oddaje mu należne pochwały. Ma on ważną zaletę, że oszczędza się czas i trzyma, jeżeli nie lepiej, to przynajmniej równie dobrze, jak węzełkowy. Do szwu używam katgutu, jako mojem zdaniem, najlepszego materyału. Za nim w ostatnim czasie przemawia bardzo wymownie Lauenstein, któremu się wydarzył bardzo przykry przypadek, że jedwab stał się przyczyną niedomykalności szwu skutkiem obluźnienia się nitki i tarcia. Katgut trzyma bardzo dobrze przez pierwsze 2, 3 do 4 dni, jak o tem przekonałem się przy sekcyach na człowieku. Dłużej nie jest w stanie jedwab zbliżać mechanicznie linii szwu, jeżeli dotąd się nie zlepiły brzegi rany, bo otworki szwu powiększą się pod wpływem ucisku nitki tak, że o trzymaniu po 4 dniu ani mowy być nie może. Dla wzmocnienia linii szwu pokryłem ją w pierwszym swoim przypadku siecią; Senn transplantuje kawałki sieci na szew jelitowy. Jeżeli da się sieć tak nałożyć, aby potem nie było naciągania i tarcia, pokrywam i teraz, ale nie przywiązuję do tego wielkich nadziei. Szew dobrze założony, powinien sam przez się dobrze trzymać bez pokrycia go siecią, a wątpię bardzo, aby kawałek sieci mógł poprawić niedokładność szwu. Chaput wykazał na psach doświadczalnie, że kawałek sieci nie chroni przed zapaleniem otrzewny, jeżeli szew puści i mówi, że kawałek sieci jest wobec niebezpieczeństwa pajęczyną.

W ogólności technika resekcyi żołądka podana przezemnie równocześnie z opisem pierwszego mego przypadku, zjednywała sobie co raz to większe uznanie tak, że Jalaguier słusznie mógł powiedzieć w znakomitem dziele Duplaya i Reclusa: „*L' operation de la pylorectomie comprend d' après Rydygier, qui, le premier, en a bien réglé la technique, cinque temps principaux, ausquels les chirurgiens qui ont suivi, n'ont apporté que de modifications assez peu importants.*

Nie mniej przeto wysoko cenię zasługi Billrotha, Wölflera, Czernego, Gussenbauera, Lauensteina, Kochera i wielu innych, którzy tak wiele przyczynili się do ustalenia i rozpowszechnienia tej operacyi.

W ostatnim czasie podał Kocher (l. c.) zupełnie nową metodę operowania żołądka, w której łączy resekcyę odźwiernika z gastroduodenostomią. Po wycięciu guza zaszywa żołądek a dwunastnicę przytwierdza do otworu na tylnej ścianie żołądka utworzonego. Nie mam w tej mierze żadnego doświadczenia, dlatego nie mogę sobie pozwolić na wydanie sądu.

4) Gastroenterostomię pierwszy wykonał i opisał, jak wiadomo Wölfler i przezto położył znaczne zasługi. Dotąd trzymałem się tej metody we wszystkich swoich przypadkach. W najbliższym czasie jednakowoż zamyślam zastosować metodę Hackera (*gastrostomia retrocolica posterior*), ponieważ przy metodzie Wölflera puściły mi szwy w jednym przypadku po 8 dniach a w drugim dnia 10. przerwane naporem kału nagromadzonego w okrężnicy poprzecznej, zaciśniętej przez dwunastnicę na niej leżącą. Bezsprzecznie metoda Wölflera jest najłatwiejszą do wykonania i najwięcej zabezpiecza od zanieczyszczenia jamy brzusznej, ale znamy wiele przypadków, w których pętla jelitowa zacisnęła okrężnicę poprzeczną. Zwracam uwagę, żem pętlę jelitową przyszył w odpowiedniej odległości w *plica duodeno jejunalis.*

Od zaciśnięcia okrężnicy poprzecznej nie chroni metoda Kochera, polegająca na poprzecznem przecięciu kiszki i wytworzeniu zastawki, ale zapobiega bardzo dobrze, aby żółć nie wpływała do żołądka.

O innych modyfikacyach gastro-enterostomii, podanych bądź to przez Wölflera bądź też przez innych, nie wspominam, bo wszystkie, chociaż w szczególnych przypadkach mają pewne zalety, to w zasadzie bardzo komplikuję postępowanie.

5) Czy należy zaraz resekcyę pętli wykonać, czy naprzód założyć *anus praeternaturalis* w uwięźniętej przepuklinie i zgorzelinowo zmienionej, to w tym względzie panują wielka różnica zdań.

Przed kilku laty byłem zwolennikiem zakładania *anus praeternaturalis* skłoniony do tego kilkoma nieszczęśliwymi wynikami po resekcyi. Wnet jednakowoż musiałem się przekonać, że *anus praeternaturalis* oprócz tego, że sam przez się jest zabiegiem niebezpiecznym, pociąga za sobą konieczność drugiej operacyi, niemniej niebezpiecznej. A nadto w tych przypadkach, gdzie musi być założonym wysoko w jelitach cienkich, grozi choremu wyniszczeniem ogólnem, jak to miałem sposobność przekonać się na jednem dziecięciu, u którego pokarmy, podawane przez usta przechodziły przez *anus praeternaturalis* prawie bez zmiany. Chcieliśmy jak najprędzej zamknąć *anus praeternaturalis,* skoroby tylko nieco dziecko przyszło do siebie,—ale do tego nie przyszło.

Od kilku lat dajemy pierwszeństwo pierwotnej resekcyi w uwięźniętej i zgorzelinowo zmienionej przepuklinie, gdy chory nie jest zbyt osłabionym a stosunki miejscowe pozwalają na to. W okolicznościach zupełnie niekorzystnych jesteśmy już zadowoleni, jeżeli możemy ukończyć operacyę jak najszybciej, na co pozwala tylko założenie *anus praeternaturalis.* Musimy tu, jak wszędzie indywidualizować.

W ostatnich czasach następowe wyniki po resekcyi mam lepsze, odkąd stosuję się do przepisu Kochera, aby wycinać nie zbyt oszczędnie z pętli doprowadzającej. Wprawdzie ostatnia właśnie resekcya zakończyła się śmiertelnie, ale przepuklina udowa trwała od 10 dni i było już przedziurawienie. I pomimo wycięcia z pętli doprowadzającej dość długiego kawałka (do 38 ctm.), pokazało się przy sekcyi, że jeszcze z jakie 20 ctm. kiszki doprowadzającej było rozpulchnionej i w najwyższym stopniu nastrzykanej. Ten wynik sekcyi przemawia dosadnie za żądaniem Kochera.

6) Jakie jest najlepsze postępowanie przy leczeniu *anus praeternaturalis?* Już te dwa przedstawione przypadki świadczą, że nie zawsze nadaje się jedna i ta sama metoda operacyjna. Przez zestawienie statystyczne starałem się wykazać dawniej, że resekcya przy *anus praeternaturalis* jest operacyą mało niebezpieczną i w zasadzie powinna mieć pierwszeństwo przed innemi metodami operacyjnemi, również trudnemi, wymagającemi tak samo

zachodu a mniej pewnemi i niemniej niebezpiecznemi. Jednakowoż są przypadki, w których nie użyjemy resekcyi, jak n. p. na częściach kiszki, które posiadają krótką kreskę albo wcale żadnej, jak n. p. w naszym przypadku, w którym sposób Malgaignea dał się bardzo dobrze zastosować. Z równie dobrym skutkiem dałby się w podobnych razach użyć sposób Chaputa (opisany w jego dziele *Technique et indications des operations sur l'intestin*). U osób tłustych albo w przypadkach, gdzie jest wiele przedziurawień jelit, albo są silne zrosty, albo jest znaczny rozstęp między oddzielonymi końcami kiszki, wybierzemy oczywiście najodpowiedniejszą z metod dotychczas znanych. Bardzo pouczające pod tym względem przypadki zestawił Koehler z kliniki Bardelebena (*Berl. klin. Wochschft. 1894. N. 5*).

Na tem kończę moje uwagi. Jak powiedziałem, będę miał jeszcze sposobność poruszyć te same kwestye w obszerniejszej pracy.

Na zakończenie przytaczam historye chorób chorych przyjętych w tem półroczu do naszej kliniki.

(Dokończenie nastąpi).

III. O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej.

Według własnego wykładu habilitacyjnego w d. 21. Lutego 1894).

Podał

Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Ten ogólny obraz może ulegać różnym zmianom a to stosownie do czynników i stopnia defektu, inteligencyi, wychowania i usposobienia.

Inteligencya bywa w obłąkaniu moralnem już to mniej już to więcej upośledzona. Krafft-Ebing rozróżnia w tym względzie dwa stopnie upośledzenia inteligencyi, podobnie jak w idyotyzmie, t. j. niższy, tak zwany *Schwachsinn* i wyższy, tak zwany *Blödsinn*.

Stopień upośledzenia inteligencyi musi wpływać na uczynki. To też, gdy obłąkany moralnie a dotknięty wyższym stopniem upośledzenia inteligencyi, popełnia uczynki błahe i w sposób niezręczny i mało ostrożny, to inny z mniej upośledzoną inteligencyą popełnia zbrodnie z finezya, wyrachowaniem i ostrożnością; pierwszy stanąwszy przed karzącą sprawiedliwością nie umie się bronić, drugi z wymową godną lepszej sprawy, z rozumem, który mu służy jako *advocatus diaboli*, jak to trafnie określa Schüle, stara się zbrodni nadać piętno godziwego, usprawiedliwionego uczynku a nawet bohaterstwa, o czem pouczają tak częste w obecnych czasach zapiski z rozpraw anarchistów paryskich. Ta przewrotna wymowność wyda się Panom sprzeczną z tem, o czem już poprzednio nadmieniłem, iż uczynki moralnie obłąkanych są raczej wynikiem popędu, niż rozwagi i częściowo wolnej woli. I w istocie nasuwa się tu sprzeczność, ale tylko na pierwszy rzut oka, boć przecie człowiek taki może zadość uczynić popędowi zbrodniczemu nie rozważywszy czynu przed wykonaniem, po wykonaniu zaś dopiero może go rozważać i starać się wymową osłabić jego znaczenie i siebie usprawiedliwić. Dla tej to przewrotnej wymowy nazywa Legrand du Saulle obłąkanie moralne wymownem.

Wpływ wychowania wydaje się bardzo nieznacznym a raczej schodzi do rzędu tresury. Już Lombroso twierdzi, że jak z jednej strony zdarzają się przypadki, w których złe wychowanie i otoczenie mogą stworzyć zbrodniarza z człowieka prawidłowo ukształconego, tak znów z drugiej strony istnieją liczne przykłady, w których nawet trafne i rozumne wychowanie, uszlachetniające ducha drogą zmysłów a uczucie drogą rozumu nie jest w stanie pohamować złych skłonności. Pomimo to, uważa rozsądnie pokierowany dom poprawy za właściwszy środek leczniczy od więzienia, zwłaszcza dla młodych zbrodniarzy.

Ze względu na usposobienie, charakter można podzielić tych ludzi na apatycznych, biernych, na ruchliwych i czynnych. Rozumie się, że w równych zresztą okolicznościach, ruchliwy i czynny będzie pohopniejszy do złego, tem samem niebezpieczniejszy.

Moralne obłąkanie, które objawia się już w dzieciństwie, jest wrodzonem podobnie, jak inne stany n. p. ślepota barw, z którą wielu autorów słusznie je porównywa. Człowiek nie posiadający w swych siatkówkach włókien, które są czułe n. p. na promienie czerwonego światła, nigdy ich nie będzie odczuwać mimo wysiłku i ćwiczenia się. Tak też i człowiek dotknięty obłąkaniem moralnem nie posiada zdolności odbierania wrażeń moralnych, tworzenia z nich odpowiednich wyobrażeń i kojarzenia tych ostatnich w logiczne sądy i pojęcia etyczne; będzie on mimo najstaranniejszego wychowania zawsze tępym moralnie.

Niezwyciężoną moc dziedziczności wyraża wielki poeta niemiecki w tych pięknych słowach:

Jak w onym dniu, co światu cię nagodził,
Witało słońce licznych gwiazd plejady,
Jak ty wzrastałeś w późne dni żywota
W myśl prawa, które ciebie powołało;
Już przeznaczeniu ujść nie będziesz w stanie,
Sybille tak orzekły i prorocy.
Gdyż ani czas, ni siła nie odmieni
Skończonego kształtu, co żyjąc się rozwija.

Ta nieprzeparta siła dziedziczności znajduje swego rzecznika w wielkim nowoczesnym dramaturgu Ibsenie, który powiada: „charakter człowieka może w walce z wewnętrznemi skłonnościami spotężnieć, jednak jest on bezsilnym względem wrodzonej natury".

Opierając się na niewątpliwej dziedziczności, ugruntował w bieżącej dobie Lombrozo swą naukę o *delinquente nato*, t. j. o urodzonym zbrodniarzu, głosząc na podstawie olbrzymiego materyału, że skłonność do czynów niemoralnych, do zbrodni, była własnością odległych naszych przodków a jeszcze dziś daje się spotkać u mniej oświeconych ludów, głównie u dzikich a wreszcie i u zwierząt. Ztąd też uważa on skłonność do zbrodni, tępotę poczucia etycznego u jednostek należących do naszego społeczeństwa za atawizm.

Istnienie dziedziczności popędów niemoralnych w świecie zbrodniarzy popiera Lombrozo szeregiem genealogii rodzin, w których skłonność do zbrodni, złe nałogi jak pijaństwo, obłąkanie i t. d. stale się powtarzały. Najcenniejszego przyczynku do kwestyi dziedziczności popędów niemoralnych dostarczył Dugdale. Był on w stanie wykazać w rodzinie pewnego włóczęgi, którego dwaj synowie obcowali płciowo ze swemi siostrami, z przeszło tysiąca descendentów: 76 zawodowych zbrodniarzy, 180 żebraków, 181 potomków po kądzieli oddanych nierządowi, 142 włóczęgów, 64 niedołężnych. Koszt

utrzymania całej tej rodziny przez siedem pokoleń wynosił pięć milionów marek; najstarszy zbrodniarz siódmego pokolenia liczył siedm lat życia. Nawiasem muszę tu wspomnieć, że badania Lombrosy i jego zwolenników łączą prostytucyę ze światem zbrodni, uważając ją na podstawie studyów nad genealogią rodzin zbrodniarzy, obłąkanych i t. d., jakoteż na podstawie spostrzeżeń datujących się już od mglistej epoki wieków średnich, że zbrodniarz chętnie kojarzy się z prostytutką, uważa przynajmniej prostytucyą za przyrodnią siostrzycę zbrodni. Tym zapatrywaniom dają wyraz różni powieściopisarze w swych dziełach, jak n. p. Prevost w Manon Lescaut, Daudet w Safonie, Zola w Człowieku-zwierzęciu i t. d.

Zanim przedstawię Panom główne zarysy nauki Lombrozy, tak zwanej antropologii kryminalnej, nauki rozwijającej się nader pomyślnie na klasycznej ziemi włoskiej pod egidą Lombrozy, we Francyi pod egidą Lacassagnea i Coutagnea, w Niemczech Kurelli, wreszcie Benedikta, Naeckego, Baera, którzy jednak nieco odmienne zajmują stanowisko w tej mierze, i jeszcze wielu innych autorów, pozwolę sobie cofnąć się wstecz i przywołać Panom na pamięć nauki i teorye dawniej już temat ten poruszające a zapewne Panom nie obce.

Nauka o odrębności świata zbrodniarzy znajduje już w Homerze swego przedstawiciela. Opiewa on Tersytesa następującemi słowy: „Oto zbliżył się on, najgorszy ze wszystkich mieszkańców Ilium. Krzywe miał on nogi i był porażon na jednę nogę; garbate były jego barki a piersi ścieśnione, kończystą była głowa jego a cienka wełna pokrywała mu ciemię“. Ileż to cech kreśli w tych słowach mistrz nad mistrze, cech, które modna antropologia kryminalna uznaje za dyagnostyczne kryterya dla urodzonego zbrodniarza.

Arystoteles podaje pewne znamiona fizyognomii jako charakterystyczne dla zbrodniarzy. Jak dalece wykształceni Grecy nauką tą się zajmowali i jak niestety często do błędnych musieli dochodzić sądów w tym względzie, dowodzi obwinienie Sokratesa o występki przeciw moralności płciowej, oparte na ukształtowaniu jego czaszki, obwinienie, którego bezpodstawność wykazali dowodnie uczniowie mędrca. Rzymianie nie uznają tej nauki a Pliniusz wprost ją odrzuca, jako bezzasadną.

W Niemczech cały szereg autorów usiłował wskrzesić tę naukę. Lavater opierając się na poprzednich studyach fizyognomii ludzkiej buduje odrębną naukę. Wszakżeż oczy, jak powszechnie się mówi, stanowią źwierciadło duszy a więc można po nich rozpoznać usposobienie osoby. Tęczówki niebieskie, to znamię miękkości, marzycielstwa, mistycyzmu, szare znamię zdradliwości, zielonawe niewierności, tak, jak te fale, które przypominają swą barwą, brązowe lub piwne znamię siły i męztwa od barwy sierci lwiej, czarne namiętności i lubieżności, bo przypominają noc, która stanowi pożądaną osłonę, opiekunkę zbrodni.

Pismo i rysy na skórze dłoniowej zużytkowano również w celach rozpoznania charakteru; znaczenie rysów skóry dłoniowej wykorzystała chiromancya, uprawiana przez zawodowych wróżbitów.

Ponad nieudałą naukę fizyognomistyki podnosi się frenologia Galla, która twierdzi, że kształt czaszki zależy od kształtu mózgu, który ją wypełnia. Gall poznaje z kształtów czaszki różne zdolności i wady ludzkie a grupę zbrodniarzy obejmuje typem jednolitym. Nauka Galla znalazła w ówczesnej psychiatryi, uznającej tak zwane monomanie jak n. p. onomatomanią piromanią, kleptomanią i t. d, które, wielu nowoczesnych psychiatrów pomieściło w formie tak zwanego obłąkania popędowego (*Impulsives Irrsein*).

Nauka Galla i jego uczniów upadła rychło a każdy ma na pamięci jak surową odprawę daje jej Hyrtl w swym podręczniku anatomii, wyrażając się, że naukę tę wynaleźli głupcy dla głupców a jednak stanowiła ona przedwstęp do pięknie rozwijającej się dziś nauki o lokalizacyi funkcyi mózgowych. W dalszej kolei zajmuje się Friedreich nabytemi i wrodzonemi właściwościami umysłu; jego zdaniem zboczenia w jelitach są powodem hipochondryi, zboczenia w wątrobie przyczyną zadumy i t. d. Nieprawidłowa budowa czaszki może, zdaniem jego, stanowić przyczynę choroby umysłowej a nie da się również zaprzeczyć, że i popęd do zbrodni może pozostawać w związku przyczynowym z wadliwą budową czaszki.

Tych rozlicznych nauk epigonem, jakkolwiekbądź genialnym, jest Lombroso ze swoją szkołą.

Kurella streszcza teoryę Lombrosy we wstępie do swej pracy: *Die Naturgeschichte des Verbrechers* w tych słowach: „teorya ta orzeka, że wszyscy prawdziwi zbrodniarze mają pewne z sobą w związku przyczynowym zostające cielesne, antropologicznie wykazać się dające nadto i duchowe psychofizyologicznie stwierdzić się dające znamiona, które tworzą z nich odrębny typ ludzi; człowiek o takich znamionach z nieubłaganą koniecznością staje się zbrodniarzem (często nie wykrytym), niezależnie całkiem od wszelkich wpływów socyalnych. Człowiek taki urodził się zbrodniarzem“. Teorya Lombrozy nie zaprzecza wcale, że i wpływy socyalne n. p. złe wychowanie i t. d. mogą stworzyć zbrodniarza; owszem rozróżnia ona zbrodniarzy okolicznościowych (*Gelegenheitsverbrecher*), zbrodniarzy nałogowych i z namiętności, jednak stara się ona dowieść na podstawie wszechstronnego zbadania budowy ich ciała, czynności ich ustroju, objawów ich życia w najszerszem pojęciu, że istnieją zbrodniarze już na to w chwili urodzenia skazani.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z pracowni patologiczno-chemicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej.

Napisał

Dr. Gustaw Toepfer.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Doświadczenie I.

40 cm. sz. 1% rozczynu białka jaja kurzego,
5 „ „ 5% rozczynu kwasu octowego,
5 „ „ 1% rozczynu mlekowego,
po 5 „ „ tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidłowym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 4·0 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 4·0 „ „ „ „ „
Różnica = 0.

Doświadczenie II.

10 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego po dodaniu 2 cm. sz. około 5% rozczynu kwasu octowego miareczkowano $^1/_{10}$ normalnym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 12·2 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 12·2 „ „ „ „ „
Różnica = 0.

Próba dymetylamidoazobenzolu z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie III.

5 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego po dodaniu 1 cm. sz. około 6% rozczynu kwasu octowego miareczkowano $^1/_{10}$ normalnym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 6·1 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 6·1 „ „ „ „ „
Różnica = 0.

Doświadczenie IV.

10 cm. sz. 5% rozczynu białka surowiczego po dodaniu 1 cm. sz. około 6% rozczynu kwasu octowego miareczkowano $^1/_{10}$ normalnym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 6·15 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 6·15 „ „ „ „ „
Różnica = 0.

Próba dymatylamidoazobenzolu z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie V.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego 10 cm. sz. $^1/_4$ prawidł. rozczynu kwasu octowego, (który zatem zawierał 0·2992 gr. % 10 cm. sz. wody destylowanej. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 2·5 $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 2·5 $^1/_{10}$ „ „
Różnica = 0.

2·5 $^1/_{10}$ prawidł. rozczynu ługu sodowego odpowiada 0·2995 gr. % kwasu octowego. Znajdujemy zatem całą wartość dla kwasu octowego z małą różnicą 0·0003 na 100 cm. sz.

Doświadczenie VI.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego,
10 „ „ $^1/_4$ prawidł. rozczynu kwasu solnego t. j. 0·9 procentowego.
10 „ „ wody przekroplonej.

W mięszaninie tej wynosi zatem ilość kwasu solnego 0·18 gr. na 100 cm sz. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Przyczem spotrzebowano używajac jako wskazówki:
fenolftaleiny = 2·85 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 2·6 „ „ „ „ „
Różnica = 0·25 $^1/_{10}$ prawidł. NaOH
t. j. = 0·18 gr. % luźnie połączonego kwasu solnego.

Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano ługu sodowego 2·3 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, t. j. 9.166 gr. wolnego kwasu solnego — razem zatem wynosi kwas solny = 0·1836 gr. %.

Z powyższego doświadczenia wynika, że znajdujemy napowrót całą ilość dodanego kwasu solnego, natomiast jest kwasota ogólna, którą miareczkujemy za pomocą fenolftaleiny o 0·3 cm. $^1/_{10}$ prawidłowego rozczynu ługu sodowego wyższą. Ponieważ po dodaniu kwasu octowego do takiego samego rozczynu białka kwasota ogólna nie była większą, aniżeli to odpowiadało ilości dodanego kwasu (jakto widzimy z doświadczenia V), musimy zatem przyjąć, że przez dodanie kwasu solnego uwalniają się z ciał białkowych ciała oddziaływające kwaśno tak względem fenolftaleiny jak i alizaryny i one to zwiększają wartość ogólnej kwasoty. Nie tu miejsce wchodzić w naturę tych ciał. Okoliczność ta dla metody samej nie ma żadnego znaczenia, bo jeżeli nawet rzecz tak samo się ma przy wprowadzeniu ciał białkowych do żołądka, pozostaje to dla sposobu badania obojętnem, czy kwasota ogólna powstała przez czynniki zawarte w żołądku samym, czy też przez czynniki powstałe dopiero po zadziałaniu kwasu solnego na ciała białkowe.

Zresztą Lüttke, Martius i inni oznaczają również kwasotę ogólną za pomocą fenolftaleiny, popełniają zatem ten sam nieznaczny błąd.

Doświadczenie VII.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego,
10 „ „ $^1/_4$ prawidł. rozczynu kwasu solnego,
10 „ „ $^1/_4$ „ „ „ octowego.

Mięszanina ta zawiera zatem 0·18 gr. % kwasu solnego. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Używając jako wskazówki spotrzebowano:
fenolftaleiny = 5·75 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 5·5 „ „ „ „ „
Różnica = 0·25 „ „ „ „ „
co odpowiada 0·018 gr. % kwasu solnego luźnie połączonego.

Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano 2·3 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, co odpowiada 0·165 gr. % wolnego kwasu solnego — razem zatem znajdujemy dla kwasu solnego wartość 0·1836 gr. % na 100 cm. sz.

I tu otrzymujemy dla ogólnej kwasoty wyższą wartość. Przyczynę tego zjawiska omówiliśmy w doświadczeniu V. i VI.

Doświadczenie VIII.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego,
10 „ „ $^1/_{10}$ prawidł. rozczynu kwasu solnego,
10 „ „ „ „ „ „ octowego.

Mięszanina ta zawiera 0·18 gr. % kwasu solnego, 0· 2992 gr. % kwasu octowego. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Używając jako wskazówki spotrzebowano:
fenolftalniny = 5·8 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 4·6 „ „ „ „ „
Różnica = 1·2 „ „ „ „ „ =
0·0864 gr. % kwasu solnego luźnie połączonego.

Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano: 1·35 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH = 0·0972 gr. % kwasu solnego wolnego — razem zatem znajdujemy 0·1836 gr· % kwasu solnego. Toż samo i tu wartość ogólnej kwasoty jest wyższą (patrz doświadczenie V, VI. i VII.

Następuje szereg soków żołądkowych za pomocą $^1/_{10}$ prawidł. rozczynu ługu sodowego.

1) Treść żołądkowa (wymiociny) 20 cm. po 5 cm. sz. jej miareczkowano używając jako wskazówki, przyczem spotrzebowano:
fenolftaleiny = 0·55 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 0·55 „ „ „ „ „
Różnica = 0.

Reakcya dymetylamidoazobenzol wypada ujemnie, brak zatem kwasu solnego wolnego, jakoteż luźnie połączonego. Ogólna kwasota jako kwas solny obliczona = 0·0396%.

Metodą Martiusa i Lüttkego te same wyniki.

2) Treść żołądkowa (wymiociny) 50 cm. sz., po 5 cm. sz. miareczkowano, używając jako wskazówki, przyczem spotrzebowano:

fenolftaleiny = 1·3 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 0·6 „ „ „ „ „
Różnica = 0·7 „ „ „ „ „ t. j. 0·0504% kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano = 0·0072 % kwasu solnego wolnego.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0526 % zatem więcej 0·0022%,
kwas solny wolny = 0·0072%.

3) Treść żołądkowa (wymiociny) 300 cm. sz. po 5 cm. sz. miareczkowano używając jako wskazówki, przyczem spotrzebowano:

fenolftaleiny = 1·5 cm. sz. prawidł. NaOH,
alizaryny = 0·8 „ „ „ „
Różnica = 0·7 t. j. 0·0504 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano = 0·4 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, t. j. = 0·0288% kwasu solnego wolnego.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0562%, zatem więcej o 0·0058%.
kwas solny wolny = 0·029%, zatem więcej o 0·0002%.

4) Treść żołądkowa (wymiociny) 500 cm. sz. po 10 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano, używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 8·00 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 5·00 „ „ „ „ „
Różnica = 3·00 t. j. 0·108 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem otrzymaliśmy wyniki ujemne.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·133%, zatem więcej o 0·025%.

5) Treść żołądkowa (wymiociny) 300 cm. sz. po 20 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 4·7 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 3·35 „ „ „ „ „
Różnica = 1·35 t. j. 0·0243% kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazoaenzolem spotrzebowano: 1·75 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, t. j. 0·0315% kwasu solnego wolnego.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0306%, zatem więcej o 0·0063%.

6) Treść żołądkowa (wymiociny) 20 cm. sz. po 5 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 1·5 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 1·1 „ „ „ „ „
Różnica = 0·4 t. j. 0·0288 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem wynik ujemny.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0248%, zatem mniej o 0·004%.

7) Treść żołądkowa (wymiociny). Po 50 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano, używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 11·1 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 7·9 „ „ „ „ „
Różnica = 3·2 t. j. 0·023 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem wynik ujemny.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0213 gr. %, zatem mniej o 0·0017%.

8) Treść żołądkowa (wymiociny). Po 10 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano, używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 7·4 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 2·9 „ „ „ „ „
Różnica = 4·5 t. j. 0·162 gr. % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem reakcya ujemna.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·165 gr. %, zatem więcej o 0·003%.

Porównywając wyniki otrzymane za pomocą miareczkowania z wynikami otrzymanymi metodą Martiusa i Lüttkego, uzyskujemy średnią różnicę 0·006 gr. na sto sześciennych centymetrów, przyczem liczby przez nas otrzymane były zawsze niższe z wyjątkiem jedynie rozbioru siódmego.

Przebieg badania.

Do tego celu potrzeba następnych odczynników:

1) $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu sodowego,
2) 1% rozczynu alkoholowego fenolftaleiny,
3) 1% rozczynu wodnego alizaryny (połączenie kwasu alizarynosulfonowego ze sodem),
4) 0·5% rozczynu alkoholowego dymetylamidoazobenzolu.

Do trzech miseczek porcelanowych lub kubków szklanych odmierzamy po 5 lub 10 cm. sz. treści żołądkowej.

Do I porcyi dodajemy 1 do 2 kropel fenolftaleiny i miareczkujemy ługiem sodowym, *dodając rozczynu tego dopóty, dopóki dodana kropla wywołuje jeszcze ciemniejsze zabarwienie.*

Jeżeli bowiem do kwaśnego rozczynu dodajemy fenolftaleiny, nie ulega on, jak wiadomo, żadnej zmianie barwy, jeżeli więc teraz wkraplamy rozczyn ługu sodowego, to powstają przy każdej kropli czerwone obłoczki, które z początku znikają, aż nareszcie dochodzimy do chwili, w której tak wkroplony ług sodowy wywołuje różowe zabarwienie całego płynu.

Z doświadczenia wynika, że tej chwili nie można uważać za koniec miareczkowania. Przy każdej następnej bowiem kropli ługu sodowego powstaje zawsze jeszcze ciemnoczerwony obłok, który sprawia coraz to ciemniejsze zabarwienie płynu, aż w końcu dochodzimy do chwili, w której dalsze dodawanie ługu sodowego już żadnej zmiany nie wywołuje w zabarwieniu. *Tę chwilę uważamy za reakcyę ostateczną*[1]).

Do następnej porcyi dodajemy 3 do 4 kropel alizaryny (lub tropeoliny 00) i miareczkujemy ługiem sodowym *aż do wystąpienia pierwszego czysto-fiołkowego zabarwienia.*

Miareczkowanie alizaryną jako wskazówką potrzebuje małej wprawy. *W tym celu dobrze jest odmierzyć sobie następujące rozczyny:*

1) 5 cm. sz. wody,
2) 5 cm. sz. fosforanu dwusodowego,

[1]) Ponieważ zawsze dodajemy tę samą nieznaczną ilość barwika, więc nie ma obawy, że reakcya ostateczna może zależeć od ilości dodanego barwika.

3) 5 cm. sz. węglanu sodowego, do każdego z tych rozczynów dodać następnie po kropli alizaryny.

Rozczyn pierwszy będzie żółto zabarwiony, drugi czerwono, trzeci czysto fiołkowo. To ostatnie zabarwienie, otrzymane z węglanem sodowym, stanowi granicę, do której miareczkować musimy.

Do ostatniej porcyi dodajemy 4 do 5 kropli dymetylamidoazobenzolu. Jeżeli odrazu powstaje żółte zabarwienie, w takim razie brak zupełny kwasu solnego wolnego, jeżeli zaś powstaje zabarwienie czerwone, w takim razie wkraplamy ług sodowy dopóty, aż zniknie ostatni ślad czerwonego zabarwienia, t. j. aż do wystąpienia barwy czysto-żółtej.

Z ilości spotrzebowanego ługu sodowego przy użyciu jako wskazówki dymetylamidoazobenzolu obliczamy ilość wolnego kwasu solnego. Z różnicy otrzymanych wartości za pomocą miareczkowania fenolftaleiną i alizaryną, obliczamy ilość kwasu solnego luźnie związanego. Spotrzebowana zaś ilość ługu sodowego przy miareczkowaniu z fenolftaleiną przedstawia wartość ogólnej kwasoty. Jeżeli od powyższej wartości odejmiemy wartości dla kwasu solnego wolnego i luźnie związanego, otrzymamy wartość dla reszty czynników kwasoty żołądkowej, t. j. kwasów organicznych i soli kwaśnych.

W końcu niech mi będzie wolno złożyć szczere podziękowanie mojemu czcigodnemu nauczycielowi Drowi E. Freundowi za zachętę i pomoc w mojej pracy.

V. Oceny i sprawozdania.

Jahrbuch der Wiener k. k. Kranken-anstalten pro 1892.

herausgegeben von der k. k. n. ö. Statthalterei. Wien 1893. 4°, str. 1041.

Sprawozdanie to, obejmujące wszystkie szpitale rządowe miasta Wiednia, wydane nakładem dolno-austryackiego Namiestnictwa, przedstawić ma przedewszystkiem ulepszenia i zmiany, zaprowadzone przez Rząd w roku 1891 i 1892. Sprawozdanie to odnosi się do sześciu szpitali jak: wielki powszechny szpital, szpital dzielnicy Wieden, szpital Rudolfa, szpital Ces. Franciszka Józefa, szpital Cesarzowej Elżbiety, Wilhelminy, św. Rocha i Stefanii.

Obszerny tom, urozmaicony bardzo wieloma tablicami statystycznemi, i bardzo dokładnymi planami, które objaśniają rozkład ubikacyi i urządzenia mechaniczne, gospodarcze, higieniczne wszystkich szpitali, nie może być nawet przyrównany do sprawozdań z lat dawniejszych: odznacza się gruntownością, skrupulatnością i bogactwem cennych dat, zestawień i objaśnień.

Szpitale, sprawozdaniem objęte, mieszczą razem 4815 łóżek; funkcyonuje w nich 178 lekarzy: na 102 łóżek przypada jeden lekarz ordynujący (prymaryusz, profesor) i jeden asystent oddziałowy, na 58 łóżek zaś jeden sekundaryusz.

W r. 1892 leczono w szpitalach 50.899 chorych obojga płci: z tych w szpitalu powszechnym 23.056, w szpitalu Rudolfa 8.489, w szpitalu dzielnicy Wieden 6.040, w szpitalu Ces. Franciszka Józefa 4.793, w szpitalu Stefanii 1·392, w szpitalu św. Rocha 1.172, nareszcie w szpitalu Wilhelminy 941.

Na 100 leczonych przypada, wszystkie szpitale uwzględniając, 60·31 wyleczonych, 20·33 wypuszczonych z polepszeniem, 8·03 niewyleczonych a 11·33 zmarłych.[1])

Bogaty materyał sprawozdania rozpada się na 10 rozdziałów. Z tych pierwszy (*A*) opisuje historyę powstania i rozwoju szpitali (interesujące illustracye i dawne plany, dające rzut oka na wielki szpital powszechny w r. 1784 przez Ces. Józefa II-go założony i najbliższą okolicę wkrótce po założeniu).

Następuje z kolei kronika (*B*) szpitali z roku 1892, podająca ważniejsze wydarzenia w tym roku zaszłe, jak zmiany i ulepszenia, budowę nowych gmachów, adaptacye, reorganizacye i t. p.

Dalsze rozdziały (*C* i *D*) podają stan osobowy władz szpitalnych, lekarzy i urzędników. Obszerny rozdział (*E*) poświęcony jest statystyce szpitalnej, bardzo gruntownej i wielorakiej. Z licznych tablic statystycznych na uwagę zasługuje tablica illustrująca rozdział chorych leczonych według dzielnic miasta.

Bardzo pięknie i korzystnie przedstawia się następny rozdział (*F*): „Spostrzeżenia lekarskie, historya chorób, operacye chirurgiczne i sekcye“. Czytając ten bogaty zbiór kazuistyczny, przekonywamy się, jaki obfity i cenny materyał naukowy ginie bez pożytku, jeżeli szpitale nie starają się o ogłoszenie wzorowych i wyczerpujących sprawozdań, ograniczając się do samej statystyki. Zwrócić tu należy uwagę na obfitą kazuistykę chorób skórnych, podaną przez Kaposiego, kilka gruntownie opisanych przypadków ze szpitala Rudolfa, popartych uwagami naukowemi przez prof. Neussera, obszerniejszy artykuł Englischa: „*Ueber die Verstauchungen der Gelenke*“, notatki kazuistyczne Madera, Langa, Hofmokla, Neumanna, Steinera i innych.

Rozdział (*G*) podaje stan majątkowy, zamknięcia rachunkowe za r. 1892, preliminarze budżetów szpitalnych na rok 1893 i wykaz fundacyi.

Rozdział (*H*) obznajmia nas ze statutem pensyjnym i emerytalnym lekarzy, urzędników i sług szpitali rządowych; następny z kolei rozdział (*I*) podaje odpisy ustaw rozporządzeń i normaliów, odnoszących się do szpitali, starannie zebrane i chronologicznie ułożone po rok 1892.

Nakoniec ostatni rozdział (*K*) traktuje o zarządzeniach, odnoszących się do przygotowania oddziałów cholerycznych w szpitalach wiedeńskich i osobnych szpitalów cholerycznych i izolacyjnych w mieście Wiedniu.

Namiestnictwo dolno-austryackie dobrze się zasłużyło, wydając tak wzorowe i wyczerpujące sprawozdanie; może ono służyć za wzór, jak takie sprawozdania spisywać należy. Jest wielce pożądanem, aby i nasze sprawozdania ze szpitali krajowych były w przyszłości lepiej opracowane i więcej uwzględniały obfity materyał statystyczny, kazuistyczny i naukowy, jaki rok rocznie zbiera się w szpitalach, a w wielkiej części idzie na marne. Nie należy wątpić, że najwyższa magistratura krajowa z zadowoleniem zarządzi wydanie gruntownych sprawozdań szpitalnych, jeżeli zarządy szpitali i lekarze szpitalni zechcą ją poprzeć swemi usiłowaniami i pracami. *Dr. Poniklo.*

Fizyologia.

A. Beck: O zmianach ciśnienia krwi w żyłach.

Dokładne pomiary ciśnienia krwi w żyłach i badania zmian tego ciśnienia są w literaturze bardzo nieliczne, a i te, które są, zawierają wiele błędów. Przyczynę tego upatruje autor w trudnościach technicznych, które mierzeniu ciśnienia żylnego stoją na przeszkodzie. Zastosowanie manometru powietrznego (Cybulskiego) usuwa w przeważnej części te trudności i podaje nietylko rzeczywiste wartości ciśnienia w żyłach, ale dozwala dokładnie fotografować przebieg zmian ciśnienia. B. wykonał za pomocą wymienionego manometru

[1]) Sprawozdanie szpitala św. Łazarza w Krakowie za r. 1892 wykazuje śmiertelność = 9·73%.

szereg doświadczeń na psach, które doprowadziły go do następujących wyników.

Ciśnienie krwi w żyłach jest nader zmienne, albowiem zależy od czynników, które nawzajem na siebie w różny sposób wpływać mogą. W żyle szyjnej zewnętrznej wynosiło średnie ciśnienie u rozmaitych zwierząt 125, 27, 138, 51, 59, 125, 52, 98 mm. H_2O; wartości ujemnych dla ciśnienia krwi w tej żyle autor nie dostrzegł i przypuszcza, że otrzymane przez innych autorów liczby ujemne były następstwem łączenia żyły z manometrem za pomocą nieodpowiednich kaniulek. Aby uniknąć tego błędu, łączył autor w swoich doświadczeniach żyłę z manometrem za pomocą zwyczajnej kaniulki, którą wstawiał do bocznej gałązki żyły szyjnej.

Krzywe ciśnienia, które praca ta zawiera a szczególniej niektóre z nich, okazują wybitne fale oddechowe i pulsu. Co do pierwszych sądzi B., że jakkolwiek różnica ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej jest główną przyczyną ich powstawania, przecież wchodzić tu muszą w rachubę i inne wpływy, jak np. z miany w świetle naczyń płucnych i mechaniczny ucisk płuc na serce.

Drażnienie nerwu błędnego wywoływało w przeważnej części doświadczeń podwyższenie ciśnienia żylnego. Podwyższenie to jest następstwem wyrównania się ciśnienia w tętnicach i w żyłach po ustaniu akcyi serca. Doświadczenie, wykonane w tym celu nad zachowaniem się chyżości krwi w żyle szyjnej podczas drażnienia nerwu błędnego, potwierdza to tłomaczenie i zbija odmienne zapatrywanie Kornfelda.

Ważnym czynnikiem, wpływającym na ciśnienie w żyłach, jest ułożenie ciała. Jednakże, jakkolwiek wszelka zmiana w ułożeniu ciała odbija się dosadnie na krzywej ciśnienia, to z drugiej strony wchodzą tu również po części w rachubę te same czynniki regulujące, które znane są z wpływu pozycyi ciała na ciśnienie tętnicze.

Wpływ zboczeń w oddychaniu na zachowanie się ciśnienia w żyłach jest bardzo znaczny. Już samo wykonanie tracheotomii zmienia charakter krzywej o tyle, że fale oddechowe znikają albo stają się bardzo niskiemi. Wszelkie przeszkody w oddychaniu, wywołujące brak tlenu we krwi, zmieniają w wysokim stopniu charakter i wysokość krzywej ciśnienia żylnego a zmiany te zależą głównie od sposobu, w jaki odcinamy dostęp powietrza do płuc.

Drażnienie dośrodkowego końca nerwu kulszowego wywoływało wzrost ciśnienia żylnego, które autor uważa za następstwo podwyższenia ciśnienia w tętnicach.

W końcu zajmował się B. badaniem wpływu sztucznie wywołanych wad sercowych na krążenie żylne. Na razie podaje wyniki z doświadczeń, wykonanych z niedomykalnością zastawek półksiężycowych aorty i z niedomykalnością zastawki trójdzielnej. Pierwsza z tych wad sprowadzała wbrew twierdzeniu autorów obniżenie ciśnienia krwi w tętnicach a podwyższenie w żyłach, druga znaczne podwyższenie ciśnienia żylnego i charakterystyczny dla tej wady puls żylny, występujący nawet w tych mniejszych żyłach, w których w stanie prawidłowym go nie było.

Uwagi godną jest jeszcze okoliczność, że w przebiegu wady serca wszelkie zmiany w krążeniu żylnem (np. wywołane przez rozdrażnienie nerwu błędnego) występują o wiele wybitniej i łatwiej, niż w stanie prawidłowym. (*Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie, tom XXVII, 1894*).

D.

Chirurgia.

Rudolf Trzebicky: **Przyczynek do osteoplastycznej resekcyi stopy** podług Władymirowa-Mikulicza.

Zalety osteoplastycznej resekcyi stopy według Władymirowa-Mikulicza zbyt dobrze są znane, żeby dziś jeszcze kruszyć kopię w jej obronie. Nic też dziwnego, że szczupła liczba wskazań do tej operacyi, ustanowionych pierwotnie przez Mikulicza, zbiegiem czasu znacznie się powiększyła, gdyż dziś znane już są w literaturze przypadki, w których nowotwory złośliwe okolicy piętowej, zadawnione, powikłane złamania kostek, kości skokowej i piętowej z następowem zropieniem stawu, przewlekłe zapalenie szpiku kostnego, jakoteż znaczne skrócenie kończyny, albo zniekształcenie stopy porażne były przyczyną tej operacyi, po której chód jednak zawsze pozostaje nieco sztywny, podobny do stąpania na szczudle, co głównie zdaje się mieć przyczynę w wykluczeniu od razu 2 stawów (Choparta i skokowego) ze szkieletu kończyny. To też modyfikacya operacyi podana przez Mikulicza a opisana przez Santera, polegająca na tem, że usuwa się tylko tylną część kości piętowej i skokowej, gdy staw Choparta pozostaje utrzymany, zdaniem autora stanowi istotny postęp w technice tej operacyi, gdyż chód po niej zyskuje znacznie na sprężystości.

Autor przed rokiem nie znając jeszcze wówczas nowej tej modyfikacyi, w skutek szczególnego zbiegu okoliczności widział się zmuszonym do jej wykonania. Przypadek ten tyczył się 17-letniego chłopca, cierpiącego na mięsak kości piętowej, przechodzący na ścięgno Achillesa, powierzchowne mięśnie łydki i kość goleniową powyżej stawu skokowego. Operacyę wykonano w sposób następujący: cięciem skórnem, rozpoczynającem się na środku łydki a przebiegającem ztąd z początku w linii środkowej, następnie zaś rozchodzącem się na boki ku obydwom kostkom, łączącem się wreszcie za pomocą cięcia strzemiennego, przebiegającego przez podeszwę, okrojono nowotwór. Powierzchowne mięśnie podudzia przecięto powyżej guza a po mozolnem utorowaniu przystępu do tylnej powierzchni torebki stawu skokowego otworzono go i wreszcie przepiłowano kość skokową i piętową w poziomie skórnego cięcia strzemiennego. Gdy kość goleniowa mniej więcej w rozległości 6 cm. powyżej stawu skokowego była zajęta przez nowotwór, usunięto cały ten kawał. Próbne przystosowanie obydwu płaszczyzn przepiłowania okazało, że kończyna operowana co do swej długości dorównywa w zupełności zdrowej, wobec czego autor postanowił modyfikacyi tej spróbować i ustalił kończynę w tej pozycyi.

Co do przebiegu następowego wypada zwrócić uwagę, że po 10-ciu dniach musiano wyłuszczyć cały szereg zwyrodniałych gruczołów pachwinowych, przyczem żyłę udową tuż pod więzem Pouparta skaleczono i podwiązano. Po 8-miu tygodniach rany były zupełnie zagojone a w stawie Choparta można było wykazać nieznaczną ruchomość. Chory począł chodzić następując na kończynę operowaną wcale pewnie. Chód jego wyróżniał się jednak od chodu po typowej resekcyi Władymirowa-Mikulicza pod względem sprężystości w sposób nader korzystny.

Niestety ciągłe nawroty i przerzuty pierwotnej choroby nie pozwoliły pacyentowi i operatorowi cieszyć się zbyt długo z wyniku operacyi, gdyż w 7. miesięcy po pierwszej operacyi zmarł chory w skutek zwyrodnienia nowotworowego gruczołów miednicy. (*Medycyna 1894. Nr. 2*). *Dr. T.*

Choroby uszne.

Bieliakow: **O wpływie chorób usznych na rozwój i przebieg obłąkania.**

Na podstawie swych spostrzeżeń doszedł autor do następujących wniosków:

1) Sprawa zapalna ucha wewnętrznego często jest przyczyną zboczeń umysłowych z omamami.

2) Jeżeli miejscowa sprawa zapalna przebiega niepomyślnie, obłąkanie często przechodzi w następową niedołężność umysłową. Omamy słuchowe jednostronne są często skutkiem podwyższenia pobudliwości ośrodków korowych, następstwem przenoszenia się bodźca od nerwów słuchowych.

3) Omamy słuchowe obustronne mogą powstać skutkiem choroby narządu słuchowego.

4) Zadraźnienie narządu słuchowego często nie ogranicza się na wywołaniu omamów słuchowych, lecz sprowadza przez swój wpływ na inne zmysły także inne omamy zmysłowe jak smaku, powonienia i ogólną czułość. Cecha omamów zmysłowych zależy także od osobistych właściwości chorego.

5) U wielu chorych, którzy przebyli choroby uszne znaleziono przeczulicę słuchu, polegającą naprzód na pojmowaniu szmerów i tonów muzycznych i przechodzącą później w czułość chorobliwą. Równocześnie czułość dla tonów ze świata zewnętrznego nie jest powiększona, lecz po największej części zmniejszona.

6) Powiększenie się ślinienia, towarzyszące często ropieniu ucha środkowego, pochodzi z zadrażnienia struny bębenkowej i nerwów splotu bębenkowego. Hipochondryczne przygnębienie i hipochondryczny ból około serca, trapiący od czasu do czasu takich chorych, można tłómaczyć podrażnieniem gałęzi usznej nerwu błędnego i przenoszeniem się drażnienia na mózgowe ośrodki słuchowe.

7) Związek między chorobami usznemi i obłąkaniem połączonem z omamami dostrzega się tylko w przypadkach, w których czynności mózgowe nie są jeszcze zakłócone.

8) Niekiedy padaczka wydaje się zależną od zajęcia błędnika. Zadrażnienie pochodzące od zapalenia ucha środkowego może przyjąć postać wrzekomego porażenia ogólnego.

9) Omamy słuchowe z rzadka pojawiające się w porażeniu ogólnem mogą być wynikiem jednostronnego zapalenia ucha. W takim przypadku omamy w ogóle ograniczają się do tej samej strony mózgu. (*Boston Med. and Surgic. Journal*).

Dr. Spira.

Hecht: Przyczynek do zastósowania kokainy w otyatryi.

Po lekkiem zatruciu nikotyną pojawiła się nagle u autora głuchota lewego ucha. Przewodnictwo przez kości utrzymane. Równocześnie wystąpiły nieprzyjemne szmery syczące, podmiotowe. Zdawało się, że jest przekrwienie błony, może także i jamy bębenkowej. Trąbka Eustachego dla powietrza dobrze drożna. Lód na wyrostek sutkowy, zatykanie przewodu usznego zewnętrznego, środki przeczyszczające, później używanie nastoju jodowego na wyrostku sutkowym i środki ściągające do przewodu zewnętrznego nie sprowadziły żadnego polepszenia. Na ostatnią próbę wkroplił sobie autor 5%, letni rozczyn kokainy, jako środek sprawiający niedokrewność, do ucha. W kilka minut pogorszenie, potem prędkie polepszenie słuchu. Po częstem powtarzaniu wkraplania słuch stał się zupełnie prawidłowym.

Działanie to wybitne kokainy zgadza się ze spostrzeżeniami Steina (Patrz *Przegląd lekarski* Nr. 4. r. b.) i Kieselbacha. (*Münchener med. Wochenschrift. 1893*).

Dr. Spira.

Hamon du Faugeray (w Mans): O chirurgii ucha środkowego.

W ostrych chorobach ropnych i nieropnych ucha środkowego należy dać pierwszeństwo wczesnemu przekłuciu błony bęb. przed późniejszym zabiegiem. W przewlekłych zajęciach bez wypociny (stwardnienie) główne wskazanie stanowi uwolnienie strzemionka. Celowi temu odpowiadają dwa zabiegi: wobec ruchomości strzemionka wyłuszczenie w stawie kowadełko-strzemionkowym z wycięciem długiej odnogi kowadełka lub bez niego, w unieruchomieniu zaś strzemionka wycięcie jego sposobem Blakego.

W przewlekłych chorobach z wypociną (nieżyt przewlekły) należy ją wypuścić przez przekłucie błony bęb. a później, w razie potrzeby przemyć jamę bęb. roztworem dwuchlorku rtęci. W ropieniach przewlekłych powinno się zatamować wyciek, zniszczyć ziarniny i odciąć obrzęki. W przypadkach, w których zwykłe środki nie wystarczają, zboczenia są głębsze a wtedy należy zastósować według okoliczności zabieg operacyjny Sextona lub Stackego.

Ze względu na możliwe powikłania bądź to ze strony mózgu bądź to ze strony wyrostka sutkowego, nie wolno poprzestawać na zabiegach łagodzących. Powinno się również oczyścić jak najdokładniej jamę bęb., bo dopóki jest ognisko ropne, nie można chorego uważać za wyleczonego.

Nie wolno robić żadnej operacyi przed dokładnem rozpoznaniem zmian tak miejscowych jakoteż czynnościowych. (*Intern. klin. Rundschau Nr. 24. 1893.*) *Dr. Spira.*

Zapiski terapeutyczne.

— W. Moor w Nowym Jorku przekonał się, że dodawszy do wodnego 2‰ rozczynu siarkanu morfiny również 2‰ rozczynu nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*), otrzymuje się niebawem mięszaninę zieloną, z której po kilku minutach wydziela się ciemny osad. Płyn teraz pozostały nie ma ani żadnej barwy ani żadnego smaku i nie zawiera więcej śladów morfiny.

Okoliczność ta naprowadziła Moora na myśl, że nadmanganezan potasowy mógłby być bardzo dobrą odtrutką na morfinę a dalsze doświadczenia potwierdziły ten domysł.

Jakoż Moor zażył na raz 12 a w drugiem doświadczeniu nawet 18 centygramów morfiny a następnie w 30 do 60 sekund 18 do 24 centygramów nadmanganezanu potasowego i przekonał się o braku wszelkiego działania fizyologicznego morfiny, jakkolwiek w zwyczajnych okolicznościach czuje już działanie narkotyczne po centygramie. Jeżeli się jeszcze uwzględni, że te doświadczenia robił Moor w cztery godziny po sutym obiedzie, gdy w żołądku jest jeszcze pewna ilość peptonów i innych substancyj organicznych, to musi się przyjść do przekonania, że nadmanganezan potasowy jest rzeczywiście dzielną odtrutką na morfinę.

W zatruciu zatem solą morfinową radzi M. zadać 0·50 do 1·00 nadmanganezanu potasowego rozpuszczonego w 200 do 250 gramach wody i dawkę tę powtórzyć 3 lub 4 a nawet i więcej razy co $^1/_2$ godziny w miarę potrzeby.

Jeżeli rozchodzi się o otrucie makowcem (*opium*), zaleca się zakwasić rozczyn nadmanganezanu potasowego małym dodatkiem kwasu solnego lub nawet prostego octu w celu otrzymania rozpuszczalnej soli morfinowej w żołądku.

Opierając się na doświadczeniach Hitziga na psach, z których wypada, iż połowa morfiny wstrzykniętej pod skórę wydziela się do żołądka, sądzi M., że nadmanganezan potasowy mógłby może działać jako odtrutka nawet po zupełnem wessaniu morfiny.

Dodać w końcu należy, że ilości nadmanganezanu potasowego zalecone przez Moora jako odtrutka na morfinę, ustrój ludzki znosił dobrze.

— U dziecka 8-letniego z wgłobieniem jelit użył J. Williams po wyczerpaniu na próżno różnych znanych sposobów, następującego sposobu leczenia: za pomocą grubego, miękkiego zgłębnika kauczukowego wprowadzonego do odbytnicy na 22 cm. wstrzyknął do jelit rozczyn 6 gramów kwasu cytrynowego w $^1/_4$ litra wody a następnie zaraz rozczyn 8 gramów dwuwęglanu sodowego również w $^1/_4$ litra wody. Po wyjęciu zgłębnika ściskał pośladki dziecięcia, aby przez otwór stolcowy nie wypuścić kwasu węglowego wywiązanego ze zmięszania co właśnie wymienionych płynów. Skutkiem tego wydął się znacznie brzuch a wkrótce spostrzeżono znikanie obrzmienia kiełbasowatego usadowionego w lewem zagłębieniu biodrowem i wskazującego na siedzibę wgłobienia jelit. Wszystkie przypady niedrożności jelit ustąpiły bardzo rychło a dziecko przyszło niezwłocznie do zupełnego zdrowia. (*La semaine médicale 14. Marca 1894*).

— Gordon Paterson miał w obserwacyi swej matołka czyli kretyna liczącego 19 miesięcy, u którego ciemiączka nie były jeszcze zamknięte, który nie miał jeszcze ani jednego zęba ani nie mógł stać i chodzić. Pić mógł tylko leżąc i z flaszki ze sztuczną brodawką piersiową. Gruczołu tarczykowego nie miał. Wydawał tylko dzikie głosy i nie mógł wymówić ani jednego słowa. Otóż temu kretynowi przepisał G. P. wyciąg z gruczołu tarczykowego: po 5-ciu miesiącach leczenia dziecko miało 5 zębów, mogło samo siedzieć, ciemiączka zamknęły się a inteligencya zaczęła dawać jakieś znaki swego istnienia. Po dalszych trzech miesiącach leczenia miało dziecko 16 zębów, mogło stać samo bez pomocy a nawet ujść kilka kroków. Stan umysłowy poprawił się jeszcze bardziej a dziecko mogło wymówić przynajmniej kilka wyrazów.

Podobny przypadek opisuje J. B. Hellier u kretyna mającego dwa lata i cztery miesiące, który prócz mnóstwa

znanych cech swej choroby nie zwracał na nic uwagi, nie mógł ani chodzić ani stać ani wyrzec jednego nawet słowa. Leczenie przez rok cały tranem rybim, żelazem i arszenikiem tyle tylko zrobiło, że dziecko dostało czterech zębów siecznych i mogło wymówić edynie *da*, *da*. Od początku Lutego roku 1893. zadawał autor owemu dziecku trzy razy tygodniowo po 1·50 grama wyciągu z gruczołu tarczykowego. Już po miesiącu poprawił się stan widocznie a po $4^1/_2$ miesiącach zamknęły się zupełnie ciemiączka, brzuch nabrał rozmiarów prawidłowych, dziecko dostało 12 zębów, jest mocniejsze, może siedzieć bez cudzej pomocy i wydaje się inteligentniejszem, lubo może wymówić tylko jedno słowo. *(The Lancet 4. Listopada 1893).*

— Przeciwko trądzikowi (*acne*) polecają Hebra i Ullmann pomazywanie osutki po kilka razy dziennie płynem:

34) Rp. *Ichthyoli* 5·00
Aetheris sulfurici 10·00
Spiritus vini 20·00

Przeciw zaś wielkim krostom trądzikowym radzą używać maści:

35) Rp. *Bismuthi subnitrici*
Praecipitati albi
Ichthyoli aa 2·00
Vaselini 20·00

MDS. Zewnętrznie. Pomazywać co wieczór idąc spać guzki trądzikowe.

Przeciw ostrej sapce (*coryza*) zaleca S. Stein wkraplanie do każdej dziurki od nosa po dwa lub trzy razy dziennie kilku kropel płynu:

36) Rp. *Uranii acetici* [1]) 0·10
Aquae destil. 10·00

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 21. Lutego 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 56.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. przewodniczący przedstawił na członków czynnych: Drów Władysława Szymonowicza i Salomona Lustiga z Krakowa a na członków korespondentów: Dra Józefa Zawadzkiego z Warszawy i Dra Pawła Misiewicza z Niekłania (w Król. Polskiem). Wszyscy czterej przyjęci przez głosowanie.

3) Załatwiono sprawy administracyjne.

4) Kol. Rydygier miał zapowiedziany odczyt: *Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej* przeznaczony do ogłoszenia drukiem w *Przeglądzie Lekarskim*. Dyskusyę nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

5) Kol. Obaliński okazał nerkę wyciętą u chorej z powodu kamicy. Ponieważ przypadek przedstawiał pewne trudności topograficzno-rozpoznawcze, przeto wykonał mówca laparatomię, zbadał stosunki miejscowe co do chorej nerki, która leżała bardzo głęboko po pod żebrami i zaszywszy jamę brzuszną, zrobił drugie cięcie tylno-boczne (Bergmanna); przez to cięcie wydobył nerkę pozaotrzewnowo. W miedniczkach nerki znajduje się kikanaście kamieni. Dyskusyę nad odczytem odłożono.

6) Kol. Walentowicz miał zapowiedziany wykład o promienicy z demonstracyami ciekawego przypadku tej choroby u krowy.

Promienica jest chorobą zwykłą i u bydła bardzo często spostrzeganą, okaz jednak niniejszy jest z tego względem uwagi godnym, iż dozwala widzieć dokładnie, w jaki sposób zakażenie tu nastąpiło. Mianowicie na błonie śluzowej dziąseł szczęki dolnej spostrzega się kilka powierzchownych wrzodzików z charakterystycznemi grudkami promienicy, do których przylegają szczątki roślinne a oprócz tego złożek większy, wnikający do przewodu ślinowego gruczołu podszczękowego. Części roślinne według orzeczenia prof. Janczewskiego złożone są przeważnie z ości jęczmiennych. Że infekcya promienicy nastaje najczęściej przy pośrednictwie źdźbeł oraz że nośnikiem tej zarazy są kłosy i ości jęczmienia, wykazali Brazzola, Johne, Bostroem i wielu innych. Oprócz tego sprawdzono, że grzybek promienicy tylko w pewnym okresie rozwoju a mianowicie żyjąc jako pasorzyt na roślinach, przenosi się na człowieka lub zwierzę, jeżeli zetknie się ze skaleczoną błoną śluzową lub skórą, pozbawioną naskórka. Zakażenie więc pojawić się może po wniknięciu zarazka przez przewód pokarmowy oddechowy lub skórę. Nadmienić jeszcze należy, że przeszczepianie z jednego zwierzęcia na drugie dawało dotychczas wyniki ujemne, tak iż promienica zdaje się, że należy do chorób nie przenoszących się bezpośrednio z jednego osobnika na drugi. (Sprawozd. własne).

Kol. Bujwid jest zdania, że w danym przypadku zdawać się może, że promienica powstała najpierw a dopiero później na miejscach owrzodziałych osiadły ostre źdźbła słomy. Tembardziej jest to prawdopodobne, że źdźbła te są zupełnie nienaruszone i świeże, sprawa zaś trwać musi najmniej kilka miesięcy. Promienica rozwija się w ogólności najczęściej w tych miejscach, gdzie istnieje możność podrażnień mechanicznych a więc na szczękach, kończynach. Mówca widział w Warszawie przypadek promienicy królika w pracowni prof. Hoyera; choroba wynikła niewiadomo w jaki sposób i przypadkowo została wykrytą. Być może, że należałoby szczepić promienicę na szczękach lub na łapkach a wtedy możnaby prędzej przypuszczać możność przyjęcia się zarazka. Wyniki ujemne, przez autorów zaznaczane wynikają zapewne stąd, że szczepi się pod skórę, gdzie zarazek ulega łatwiej zniszczeniu. (Sprawozd. własne).

W odpowiedzi kol. Walentowicz zaznacza, że tu wrzody promienicowe w paszczy są zmianami pierwotnemi, z których jad za pomocą naczyń limfatycznych dostał się do innych części łba, przemawia bowiem za tem charakterystyczne wejrzenie samych wrzodów. Co zaś tyczy się zarzutu, że zmiany chorobowe są starsze a szczątki roślinne w paszczy są dość świeże, muszę nadmienić, że ości z suchego jęczmienia są złożone z komórek zdrzewiałych, które ani w paszczy ani nawet w przewodzie pokarmowym nie ulegają strawieniu i z tego powodu mają bardzo długo pozostawać bez zmian.

7) W dyskusyi nad odczytem kol. Rościszewskiego: *O wpływie kąpieli w solankach jodo-bromowych na przebieg gruźlicy stawów i kości*, wygłoszonym na posiedzeniu dnia 7. Lutego, kol. Korczyński Edward zwraca uwagę na znaczenie rozpraw naukowych lekarzy praktykujących w zdrojowiskach krajowych a w szczególności przyznaje tej rozprawie wszelkie zalety pracy balneoterapeutycznej, opartej na ścisłem spostrzeganiu leczonych przypadków. Zdrojowiska nasze potrzebują koniecznie stałego i ciągłego popierania. Naukowe prace lekarzy zdrojowych w daleko większym stopniu przyczynić się mogą do rozpowszechnienia wiadomości o swojskich zakładach zdrojowych i swojskich uzdrowiskach, aniżeli powszechnie używane a częstokroć nawet nadużywane reklamy. Swojskie zakłady zdrojowe są jeszcze bardzo wdzięcznem polem do pracy naukowej dla każdego lekarza zdrojowego, który stoi na wyżynie współczesnej wiedzy lekarskiej, który zamiłowanie do swej specyalności łączy z miłością kraju i ojczystych zdrojowisk a pragnie przyczynić się do bliższego poznania czynników leczniczych i do bliższego określenia ich zakresu działania w różnych stanach chorobowych. W naszych zakładach zdrojowych tak często pobratymczych ze względu na skład chemiczny zdrojów i na podobieństwo środków balneoterapeutycznych, brak dotąd ścisłego odgraniczenia naukowego szczególnych wskazań do używania zdrojów; istnieje natomiast bardzo często naukowo nieuzasadniona rywalizacya, która zamiast pożytku, przynosi tylko szkodę. Poznać dokładnie działanie czynników leczniczych zdrojowych, ustalić wskazania i przeciwwskazania do ich zużytkowania takowych, wyzyskać dla każdego zdrojowiska to, co mu przyroda dała, a przyznać wyższość każdemu innemu zdrojowisku krajowemu, które na to zasługuje, — oto wdzięczne pole działania dla naszych lekarzy zdrojowych.

Przechodząc do odczytu kol. Rościszewskiego, kol. Korczyński nie wdając się w szczegóły, które co do miejscowego działania kąpiel na rany, przetoki i wrzody, należą do zakresu chirurgii, zwraca uwagę na szczegół, który tak słusznie uwydatnił prelegent, że kąpiele słone działają korzystnie na rany i owrzodzenia tą drogą, że wpływają skutecznie na stan ogólny chorych. Był czas, kiedy nawet bardzo małym ilościom połączeń jodowych w zdrojach mineralnych przypisywano

[1]) otrzymanego przez rozpuszczenie tlenku uranu w kwasie octowym.

znaczenie lecznicze. Trzeźwa rozwaga każe jednak twierdzić, że tylko bardzo mała ilość zdrojowisk zasługuje na nazwę zdrojów jodowych a do nielicznych w tym względzie należą n. p. zdroje w Salzburg, Laixon i Saxon, i zaniechany zdrój w Bóbrce, reszta zaś zawiera połączenia jodowe w takiej ilości, że możność działania ich nawet na rany otwarte, a tem więcej przy używaniu wewnętrznem jest co najmniej bardzo wątpliwa. Kwestya chłonienia soli jodowych przez skórę jest już dawno niekorzystnie rozstrzygnięta. Wody słone a względnie szczawy słone lub solanki tak zewnętrznie jakoteż wewnętrznie używane działają, lecz przeważnie tylko przez swą ciepłotę, obecność mniejszej lub większej ilości bezwodnika węglowego, chlorków a w szczególności chlorku sodu, przyczem domieszki innych połączeń osobliwie węglanów i siarkanów alkalicznych i ziemnych nie są bez znaczenia. Skuteczność wewnętrznie używanych wód słonych opiera się tak na empiryi, jakoteż na doświadczeniach naukowych Reichmana, Jaworskiego, Voita. Eichhorsta i innych, skutki zaś kąpieli słonych lub solankowych, od tak dawna znane tak lekarzom, jakoteż publiczności polegają przedewszystkiem na pobudzeniu przemiany materyi drogą odruchowego drażnienia skóry, jak to pierwsi wykazali Roehring i Zuntz a potem wielu innych. Tem korzystnem działaniem na przemianę materyi, które objawia się powiększeniem wchłaniania tlenu a wydzielania kwasu węglowego a któremu towarzyszy polepszenie trawienia, wchłaniania i powiększenie łaknienia, tłómaczyć należy także korzystny wpływ na gojenie się ran i przewlekłych zapaleń kości i stawów nawet przyrody gruźliczej. Że działanie to ogólne równoważyć a nawet przewyższać może zwiotczający wpływ miejscowy na rany i owrzodzenia kąpiel słonych, to właśnie wykazał kol. Rościszewski swemi spostrzeżeniami. Niepoślednie znaczenie przypisać także należy pobytowi na świeżem górskiem powietrzu i korzystnej zmianie stósunków higienicznych. (Sprawozd. własne).

Kol. Pelczar podaje, że w Truskawcu, w którego wodach nie ma wcale jodu, otrzymał znakomite wyniki lecznicze w jedenastu przypadkach zmięknienia kości (osteomalacyi).

Kol. Gluziński wyraża zdziwienie, że wciągu jednego sezonu kąpielowego kol. Pelczar miał w leczeniu aż tyle przypadków osteomalacyi, która jest cierpieniem w Galicyi względnie rzadkiem i zapytuje, czy to była prawdziwa osteomalacya.

Kol. Pelczar zahewnia, że miał do czynienia z niewątpliwą osteomalacyą, w której otrzymał wyborne wyniki terapeutyczne; szczegółów obecie nie podaje, gdyż ma zamiar przedstawić je niezadługo w odczycie.

Kol. Korczyński Edward zwraca uwagę, że zdroje w Truskawcu w przeciwstawieniu do Iwonicza i Rymanowa odznaczają się mniejszą ilością węglanu sodowego a za to pokaźną ilością siarkanów potasu i sodu, i większą ilością soli magnowych (osobliwie zdrój Maryi) a zdrój Edwarda obecnością siarkowodu. Podobnie pod względem chemicznym zachowuje się Morszyn i kilka innych solanek we wschodniej części kraju, które obecnie służą wiecej do warzenia soli aniżeli do celów leczniczych. Badania różnicy w działaniu wód Truskawieckich w porównaniu z solanką Rabczańską, z wodami słono-alkalicznemi w Iwoniczu i ze szczawami słono-alkalicznemi w Rymanowie, byłoby bardzo wdzięcznym tematem dla kolegów u wód tych praktykujących. (Sprawozd. własne). Sekretarz: *Dr. Kryński.*

VII. Listy z Przylądka Dobrej Nadziei.

I.

Van Rhyn's Dorp, 20. Stycznia 1894.

Chcąc praktykować w kolonii Przylądka Dobrej Nadziei, trzeba przedstawić świadectwa z egzaminu państwowego, złożonego w Austryi, Holandyi, Niemczech, Rosyi, Szwajcaryi lub W. Brytanii. Licencyi na pięcio-funtowym stemplu, udziela tak zwany *medical council*, czyli rada lekarska, mająca niby znaczenie administracyjne, lecz żadnej władzy. To samo można powiedzieć o służbie zdrowia, reprezentowanej przez powiatowych lekarzy *Districtsurgeons* (77 powiatów i kilkanaście subdywizyi).

Departamentu sanitarnego z kompetentną reprezentacyą nie ma, decyzya w sprawach tego rodzaju należy do kolonialnego podsekretarza, będącego najwyższym urzędnikiem po ministrze spraw wewnętrznych (*colonial secretary*). Mamy obecnie naczelnego lekarza dla kolonii, lecz wątpię, czy ktokolwiek zna lub rozumie jego jurysdykcyę. Czynności sanitarnych oficerów ograniczają się zwyczajnie na doglądaniu więzienia, szpitala dla chorych wenerycznych, leczeniu członków miejscowej policyi, zawodowem badaniu kandydatów do służby publicznej i szczepieniu ospy.

Siedzibą powiatowej administracyi jest największa osada, często też jedyna w całym dystrykcie. Bardziej zaludnione powiaty mają władze dodatkowe (*subdistricts*). Przedstawicielem władzy jest t. zw. *Magistrate*, pełniący funkcye sędziego, poborcy podatków i naczelnika policyi. Na ręce jego składają powiatowi lekarze roczne sprawozdania, które przesyłają się do biura podsekretarza kolonialnego.

W ubiegłym roku sprawozdania rzeczone drukiem wydano, by je z odpowiednim elaboratem centralnego rządu odczytać w parlamencie, celem wykazania sanitarnych braków tego kraju.

Kolonia Przylądka Dobrej Nadziei jest krajem bardzo suchym, bezdrzewnym; tylko w kilku południowych powiatach (Humansdorp, Knysna, Oudshorn) są lasy. Reszta kraju pokryta nizkimi krzakami, które rozwijają się w zimie (pora dżdżysta), w lecie nikną. Trawa prawie nieznana tutaj; suche zioła i bezwonne kwiaty zaścielają pola pstrym kobiercem, lecz także nikną w porze suchej. Kraj Buszmanów (północno-zachodnia część kolonii) jest jedynym, który wydaje rodzaj siana, żywiąc tysiące bydła i miliony antylop; jest to kraj szarańczy i mirażu. Gdy go susze zmitręża lub spustoszy szarańcza, wszystko co żyje i żyć pragnie, ciągnie ku żyźniejszemu południowi; sam widziałem 100-tysiączne grupy antylop, które są stałymi gośćmi dystryktów Calvinia i Van Rhynsdorp. Brzegi rzeczne zarosłe wszędzie wysokimi cierniami, które w początku lata wydają żółty kwiat o silnym, odurzającym zapachu. Grunt glinkowaty lub piasczysty, podłoże skalne, granit, kwarc, łupek. Całe góry łupkowe są w bliskości Van Rhyn's Dorp. W gruncie mnóstwo soli, która na powierzchnię miejscami występuje i tworzy białą skorupę. Klimat suchy i ciepły, zwykła temperatura wynosi około $+25°$C., najwyższa, jaką w sprawozdaniach dla pory suchej notowano, była około $+43^1/_2$C. w cieniu. Gwałtowne zmiany ciepłoty w porze dżdżystej i różnice między temperaturą dnia i nocy (w dzień $+20°$, w nocy niżej 0), bywają przyczyną chorób, mianowicie płucnych i gośćca. Zwłaszcza wynioślejsze pozycye podlegają bardzo wybitnym zmianom, sprowadzającym nocne mgły i dżdże w czasie zimy, przykre poszczególnie dla pasterzy, jako mieszkających po namiotach i matowych budkach.

Najdolegliwsze zimno uczuwać się daje około 2giej po północy, szron wszędzie, śnieg w niektórych miejscowościach znany. Gwałtowne wiatry są równie szkodliwe, zimą prawie mroźne, latem gorące, duszne, nieznośne dla nerwów nawet Afrykańczyka. Tutaj, w zachodniej części kraju, szczególną plagą jest wiatr wschodni, który dmie w Styczniu i Lutym po kilka godzin dziennie, gnębi fizycznie i moralnie i nieraz przechodzi w istotny huragan, wznoszący tumany krystalicznego pyłu i trwający po kilka dni z rzędu. Pył ten, prze-

nikając do mieszkań, pokrywa każdy sprzęt brunatną powłoką. Jego szkodliwemu działaniu przypisuję, że prawie każdy farmer tutejszy skrzydełkami (*pterygium*) na obu oczach ozdobiony. Podróżując w zimie nocną porą, napotyka się prądy gorącego powietrza, dążące na południowy zachód Muszą one pochodzić z bardzo daleka. W czasie lata zdarzają się burze suche, bardzo gwałtowne, powietrze w ogóle napełnione elektrycznością w tym sezonie; w Styczniu i Lutym każdy wieczór daje rodzaj iluminacyi nad północną częścią horyzontu a przeciągające chmury świecą się żółtym blaskiem, wydając nieraz błyskawice bez grzmotu. Ciekawem i pięknem zjawiskiem tutejszego lata są również spadające gwiazdy co wieczór w znacznej ilości widzialne. Miraże są też właściwością pory suchej; najczęściej widuje się brzeg morski z pieniącymi się bałwanami, czasem krzaki i drzewa.

Klimat kolonii słynie jako bardzo zdrowy i jego dobroczynnemu wpływowi przypisują tak nieznaczną liczbę epidemii w tym kraju, nieposiadającym żadnych sanitarnych urządzeń. Mojem zdaniem, okoliczność powyższa nie w klimacie znajduje swą przyczynę, lecz w gruncie, który jako skalisty, piasczysty lub glinkowaty, pozbawiony wilgoci, nie przedstawia stósunków dogodnych dla rozwoju mikrobów. Znam miejsca, które choć mają ten sam pyszny klimat, bywają często nawiedzane przez dyfteryę, tyfus i gorączki (*african fever*). Niektóre miejscowości są stałem siedliskiem biegunki, inne (Knysna, Graff Reinet, Hay, część Przylądka Dobrej Nadziei) zaznaczone w sprawozdaniach jako malaryczne. Woda jest bardzo kosztownym artykułem w kolonii i mamy 3 sposoby do jej zdobywania: 1) źródła naturalne, względnie rzeki, 2) deszcz i sztuczne zbiorniki, 3) studnie. Z dwóch pierwszych korzysta głównie ludność rolnicza (*Burowie, holendboeren*), jakoteż t. zw. *trekboeren* czyli hodowcy-koczownicy, którzy idąc za paszą, wędrują z miejsca na miejsce. Słona woda jest prawidłowem zjawiskiem, nawet w rzekach; cała północna część dystryktu Van Rhynsdorp i Nomaqua Rand innej nie ma prawie; w niektórych miejscach są źródła gorzko słone. Mieszkańcy tych stron przywykli tak do słonej wody, że będąc przypadkowo w miejscowościach, mających miękką wodę, sypią sól do herbaty i kawy. Sztuczne zbiorniki zawierają zwykle małą ilość wody i znaczną ilość gliny i żyjątek, dostrzegalnych dla gołego oka i przeważnie wysychają przez lato. To samo powiedzieć można o większości rzek mniejszych, pełnych w porze dżdżystej, w suchej zaś będących cmentarzem dla zwierząt padłych z głodu, pragnienia i chorób. Żadne przepisy nie obowiązują do prawidłowego grzebania padliny a niechlujstwo zwykłego Bura nie psuje mu gustu do picia z tego samego strumienia, skoro go pierwszy deszcz napełni. Niektóre miasta robią użytek ze źródeł naturalnych, sprowadzając wodę najczęściej za pomocą otwartych kanałów. Wynikiem tego bywa nieraz, że woda czysta u źródła, staje się brudną nim dosięgnie miasta. Skargi na taki stan rzeczy spotykamy w 34 sprawozdaniach, co wynosi prawie połowę ogólnej ich liczby. W niektórych (Clanwilliam, Napier, Steinsburg, Stutterheim), czytamy wyraźnie, że treść wodociągów zaopatrujących dane centra, składa się z ekskrementów, starych szmat, odpadków i t. d. Widywano indywidua, które przy rzeczonych kanałach prały bieliznę lub myły naczynia służące do różnego użytku. Czasami kanały takie dotykają miejscowości murzyńskich lub zagrod dla bydła. Dwadzieścia trzy miast ma dogodność rur, prowadzących wodę z odległości 12—24 mil angielskich.

Czwartem naturalnem źródłem, którego pominąć nie mogę, jest gatunek melona, rosnącego na pustyniach, całkiem pozbawionych wilgoci. Owoc ten, zwany *czama* (po hotentocku) daje dwie filiżanki wody lub więcej i każdy, kto zwiedzał Kalakari lub wędrował na północ do kraju Damara, zna jego użyteczność. Trekboerowie, ciągnący przez owe pustynie w sezonie melonów, zakopują w piasku stosy tego owocu, by nie zginąć z pragnienia gdy będą wracać na południe. Buszmanom służy *czama* do dwojakiego użytku, gdyż jej ziarna, zmełte na mąkę, stanowią rodzaj pokarmu.

Dr. Alfons Marcinkowski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Marca 1894 r.

— W ubiegłą środę dnia 21. b. m. odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie zwyczajne. Przewodniczący kol. Kwaśnicki zawiadomił, iż kol. prof. Cybulski odmówił wzięcia udziału w komisyi słownikowej; w miejsce jego wybrany został kol. Kryński. Kol. prof. Rydel mówił o mechanicznem leczeniu jaglicy i okazał szczypczyki Knoppa do wygniatania ziaren jaglicowych, których używa w swej klinice okulistycznej. W dyskusyi brali udział kol. Sroczyński i prelegent. Kol. prof. Obaliński miał zapowiedziany odczyt o wskazaniach do salpingotomii. W dyskusyi wzięli udział koll. prof. Mars, Braun, Trzebicky i prelegent.

— Wbrew ogłoszenia, według którego udający się na międzynarodowy kongres lekarski do Rzymu mogli za zniżonemi w cenie biletami kolejowemi wjeżdżać do Włoch jedną a wyjeżdżać z Włoch jakkolwiek inną stacyą według własnego wyboru, ograniczono teraz wjazd i wyjazd do jednej i tej samej stacyi z wyjątkiem Chiasso a względnie Lusico i Modane, względnie Ventimiglia. Kto więc chce mieć co do wjazdu i wyjazdu zupełną swobodę, musi kupić sobie bilet do podróży okrężnej.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny zagai osobiście J. C. W. Arcyksiążę Karol Ludwik. Wieczór powitalny odbędzie się w gmachu i ogrodzie muzeum. Miasto Budapeszt przyjmie członków kongresu uroczyście na wieczorze w salach redutowych. Dzień 6. Września przeznaczono na zwiedzanie systematyczne miasta i jego zakładów i zbiorów, tudzież na wycieczki, jak do Balatonfüred-Siofok, na zaproszenie księcia Mikołaja Esterhazego do jego rezydencyi w Totis, na Górę Szwabską, wyspę św. Małgorzaty i t. d. Do wycieczek po kongresie dodano jeszcze zwiedzenie Szmeksu w Tatrach, Zagrzebia i Rjeki, tudzież Bosnii i Hercegowiny. Z zagranicy zapowiedziano na kongres dotychczas, t. j. prawie na 6 miesięcy przed jego otwarciem, 362 odczytów higienicznych a 78 demograficznych.

— W Pradze panuje od dwóch miesięcy dur (*typhus*) epidemicznie. Doniesiono w Styczniu o 38 a w Lutym o 262 przypadkach. Podług zdania sprawy Dra Zahoła, fizyka miejskiego, przyczyną tej epidemii jest nieczystość po domach, nagromadzenie się materyj kloacznych, niedostateczne zamiatanie ulic a nadewszystko zła woda do picia.

— Największe towarzystwo lekarskie angielskie, *British medical Association*, liczy obecnie 14.703 członków a organ jego *British medical Journal* najwięcej abonentów ze wszystkich dzienników lekarskich na kuli ziemskiej.

— W ubiegłym roku szkolnym było w uniwersytecie paryskim 1358 cudzoziemców, studentek 343, z których 172 cudzoziemek. Na wydział lekarski uczęszczało 155 kobiet, z których było tylko 16 francuzek.

Redakcya otrzymała:

Prof. Dr. Antoni Mars: Nauka o operacyach położniczych. Część I. Zabiegi położnicze pomniejsze. Kraków 1894. (Duże 8°, str. 58).

Stanisław Rybicki: O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny u człowieka z krytycznym poglądem na metodę Pasteura. Warszawa 1894. (4°, str. 122. Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 496.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Gwoździcu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego winni się wykazać oprócz dostatecznych fizycznych zdolności także wymogami określonemi w §. 7. ust. z dnia 2. Lutego 1891 r. (Nr. 17. Dz. ust. i rozp. kraj.).

Podania wnieść należy do Wydziału powiatowego najdalej do 25. Marca b. r.

80—3—3 *Wydział powiatowy w Kołomyi.*

L. 784.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Sanoku z płacą roczną 500 złr. rozpisuje Magistrat konkurs do czterech tygodni.

Wymaganym jest dowód uzyskanego dyplomu wszechwiedzy lekarskiej i dwuletniej praktyki.

Po roku służby prowizorycznej nastąpi stabilizacya.

84—3—2 *Magistrat król. wol. miasta w Sanoku.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.